



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos

Bárbara Machado Gomes

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos

Bárbara Machado Gomes

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

COMUNICAR COM O DOENTE VENTILADO EM CUIDADOS INTENSIVOS

Bárbara Machado Gomes

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa Em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora

Arguente: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Setúbal

Orientador: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro
Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde de Portalegre

13 de julho de 2020

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Não me considero uma pessoa que desista fácil, quando me proponho a algo é para seguir até ao fim, mas desta vez o percurso deste novo trilha só foi possível com a ajuda e o apoio de algumas pessoas a quem devo um agradecimento especial.

Ao meu professor orientador, obrigado por toda a ajuda, dedicação e prontidão. Foi sem dúvida a pessoa-chave deste percurso. Um bem-haja.

Um obrigado em especial, à minha mãe, por todas as noites que me acompanhou, o carinho e a paciência que demonstrou durante esta jornada. Foi um trabalho árduo por parte das duas: um pedido de desculpas, por todos os planos adiados e a falta de tempo constante. Em segundo lugar, o meu maior obrigado pela pessoa que tu e a nossa estrelinha me ajudaram a ser hoje.

Um reconhecimento à minha irmã, ao meu cunhado e aos meus sobrinhos por acreditarem sempre em mim e por todas as alegrias que me deram quando mais precisava. Espero poder retribuir da melhor forma ao longo dos tempos.

A ti Mário, que tiveste de dividir o nosso tempo com a Enfermagem diversas vezes e tão bem aceitaste. Obrigada pela compreensão, força, amor e apoio incondicional.

À Andreia, ao Filipe, à Margarida e à Rita. Por todos os conselhos, revisões, amizade e boa disposição. Sem vocês, isto não se fazia da mesma forma.

Aos melhores colegas de Mestrado, Marisa e Fernando. Graças à vossa experiência, sabedoria e disponibilidade, tornámo-nos colegas e amigos. Lembrar-me-ei sempre de vocês como alguém que me ajudou a crescer.

Aos enfermeiros orientadores, Cristina Teixeira e João Mendes. Sem dúvida que sou a profissional que sou hoje graças a vocês. São um exemplo de profissionalismo, humildade e sabedoria a seguir. Que a vida vos sorria sempre.

E por fim, mas não menos importante, a todos os colegas de serviço pela disponibilidade, ajuda e facilidade em me ajudarem a percorrer este caminho. Estarei sempre grata a todos.

RESUMO

Os enfermeiros que prestam cuidados nas Unidades de Cuidados Intensivos deparam-se sistematicamente com dificuldades a nível da comunicação com o doente ventilado. Esta dificuldade na relação desperta sentimentos de frustração e negligência em ambas as partes.

De forma a colmatar esta lacuna, existem vários instrumentos que podem ser utilizados e adaptados a cada contexto, favorecendo assim uma relação em que haja troca de mensagens entre o doente e o enfermeiro de forma eficaz. Para a realização do projeto de intervenção, recorreu-se à Metodologia de Projeto.

O objetivo geral do presente relatório é demonstrar a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, competências apreendidas ao longo do Mestrado em Enfermagem e dos seus estágios.

O projeto de intervenção desenvolvido, permitiu dotar os enfermeiros de capacidades e estratégias para comunicar com o doente ventilado, através de um instrumento criado e adaptado ao serviço.

Palavras-chave: doente ventilado, enfermeiro, comunicação, teoria da auto-transcendência, enfermagem médico-cirúrgica.

ABSTRACT

Nurses who provide care in the Intensive Care Units systematically face difficulties in terms of communication with the ventilated patient. This difficulty in the relationship arouses feelings of frustration and neglect on both sides.

In order to fill this gap, there are several instruments that can be used and adapted to each context, thus favoring a relationship in which there is an exchange of messages between the patient and the nurse effectively. For the realization of the intervention project, the Project Methodology was used.

The general objective of this report is to demonstrate the acquisition of skills of Master and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation, skills learned throughout the Master's Degree in Nursing and its internships.

The intervention project developed, allowed nurses to be equipped with the skills and strategies to communicate with the ventilated patient, through an instrument created and adapted to the service.

Keywords: ventilated patient, nurse, communication, theory of self-transcendence, medical-surgical nursing.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AESES – Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde

APA – *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

CA – Conselho de Administração

CAA – Comunicação aumentativa e alternativa

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEMCPSC – Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – *International Trauma Life Support*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia associada à ventilação

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Serviço de Observação

STS – *Self-Transcendence Scale*

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TISS-28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28

TJBI – *The Joanna Briggs Institute*

UC – Unidade curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VM – Ventilação mecânica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
1 – CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	22
1.1 – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO	22
1.1.1 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	23
1.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira	26
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	30
2.1 – TEORIA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA.....	30
2.1.1 – Proposições e conceitos da teoria	31
2.2 – A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO EM CUIDADOS INTENSIVOS	35
2.2.1 – Intervenção de enfermagem na comunicação com o doente ventilado: Uma revisão integrativa da literatura.....	37
2.2.2 – Resultados	40
2.2.2 – Discussão	43
2.2.2.1 – Interação enfermeiro-doente: as emoções que se geram.....	44
2.2.2.2 – Necessidade de alternativas para uma comunicação eficaz.....	46
2.2.2.3 – Comunicação aumentativa e alternativa: instrumentos facilitadores.....	48
2.3 – A TEORIA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA E A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO	49

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	52
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	53
3.2 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	57
3.3 – PLANEAMENTO	57
3.4 – EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
4 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	63
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	63
4.1.1 – A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	64
4.1.2 – B. Domínio da melhoria contínua da qualidade	66
4.1.3 – C. Domínio da gestão dos cuidados.....	68
4.1.4 – D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	69
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	71
4.2.1 – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	72
4.2.2 – 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	75
4.2.3 – 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	77

5 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	80
CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA.....	85
APÊNDICES	92
APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO.....	93
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO INICIAL UCIDEM	112
APÊNDICE III – PEDIDO DE ELABORAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO DE Mestrado com ESPECIALIZAÇÃO EM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	116
APÊNDICE IV – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ‘COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO: DESAFIOS E ALTERNATIVAS’	118
APÊNDICE V – FORMAÇÃO EM SERVIÇO ‘COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO’	122
APÊNDICE VI – CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	146
APÊNDICE VII – PARECER POSITIVO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	148
APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO FINAL UCIDEM	151
APÊNDICE IX – INSTRUÇÃO DE TRABALHO ‘PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO’	154
APÊNDICE X – PÓSTER ‘NUTRIÇÃO NO DOENTE CRÍTICO: GUIDELINES & RECOMENDAÇÕES	168

APÊNDICE XI – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ‘CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO’	170
ANEXOS	208
ANEXO I – CERTIFICADO DE PRESENÇA V JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA	209

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Caraterização da equipa de enfermagem do SUMC.....	25
Figura nº 2 – Caraterização da equipa de enfermagem da UCIDEM	29
Figura nº 3 – Teoria da Auto-Transcendência.....	34
Figura nº 4 – Desenvolvimento da pesquisa e seleção da amostra.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Frequência de respostas ao Grupo II ‘Percepção da equipa de enfermagem quanto à importância da comunicação com o doente ventilado’ do questionário inicial	55
Gráfico nº 2 – Frequência de respostas ao questionário final.....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Conceitos-chave da Teoria da Auto-Transcendência.....	33
Tabela n.º 2 – Estratégia de pesquisa e seus limitadores.....	38
Tabela n.º 3 – Síntese dos artigos selecionados	43

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 10449/2018, publicado no Diário da República – 2ª série, n.º 148 de 2 de agosto e pela Declaração de Retificação n.º 652/2018, publicada no Diário da República, n.º175 de 11 de setembro, lecionado no Instituto Politécnico de Portalegre, na Escola Superior de Saúde.

Para se obter o grau de Mestre, o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, capítulo III, artigo 15.º, pressupõe um conjunto de competências a serem atingidas, entre elas “conhecimento e capacidade de compreensão” e “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos”, sendo que estas são validadas mediante “a aprovação das unidades curriculares que integram o Plano de Estudo do Curso de Mestrado e elaboração de um relatório final de estágio de natureza profissional, sua discussão pública e aprovação.” (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES], 2017: 15). O plano de estudos contempla a realização de estágios que vão de encontro ao que é referido no Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de agosto, artigo 21.º, alínea 1), em que se refere a importância de uma especialização de natureza profissional. Os estágios foram desenvolvidos no âmbito da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Estes decorreram na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), mais precisamente no Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG) em Portalegre, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira (UCIDEM). A orientação dos estágios, bem como do relatório, é realizada pelo Professor Doutor Adriano Pedro, da Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP). O relatório pode ser designado como “um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição” (AESES, 2017: 2).

Para Patrícia Benner, em termos sócio-profissionais, o modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem pressupõe que na aquisição e, conseqüente desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por 5 níveis distintos e sucessivos de aptidão: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Segundo a mesma autora, “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre a mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela

teoria.” (Benner, 2001: 61), levando a uma melhoria daquilo que foi pré-concebido inicialmente através do conhecimento teórico. O conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo, no entanto, os profissionais podem não estar despertados para o seu próprio desenvolvimento e para a aquisição de novos saberes e competências, o que torna a experiência a nível temporal, por si só, ineficaz. A prática não se resume apenas aos anos de serviço em determinado contexto, mas requer envolvimento mental e de raciocínio de forma a conseguir fazer a transformação em conhecimento experiencial. O tempo trata-se apenas de um meio potenciador para tal ação. (Nunes, 2018). A necessidade de desenvolver competências levou à escolha de uma problemática na área do cuidado especializado à pessoa em situação crítica: comunicar com o doente ventilado em contexto de cuidados intensivos. Sendo assim, o Projeto de Intervenção desenvolvido teve como foco principal as intervenções do enfermeiro perante o doente ventilado incapaz de comunicar, seguindo uma linha de pensamento em que a qualidade e o bem-estar do doente é a prioridade, desenvolvendo e adaptando instrumentos facilitadores da comunicação, adaptando ao contexto de uma unidade de cuidados intensivos (UCI).

Numa unidade de cuidados intensivos, compreender o doente ventilado mecanicamente que se encontra totalmente incapacitado para comunicar verbalmente é altamente desafiador. A pessoa em situação crítica que necessita de ventilação não consegue emitir qualquer tipo de som, devido à presença de um tubo endotraqueal ou traqueostomia, acabando por criar uma barreira à comunicação verbal. É igualmente comum a pessoa estar sob efeitos farmacológicos altamente incapacitantes ou impossibilitada de comunicar pela sua própria doença, tornando identicamente limitada a possibilidade de comunicação não verbal. Este evento ocorre na pior fase da vida da pessoa, tornando-o frágil e faz com que os seus desejos, sentimentos, vontades e necessidades sejam protelados. É altamente pertinente recordar que o ambiente de uma UCI é geralmente um foco gerador de altos níveis de stress para a pessoa internada. Esta vê-se rodeada de profissionais, equipamentos e materiais que lhes são desconhecidos, sem que na maior parte das vezes, tenham capacidade de questionar, expressar ou esclarecer qualquer dúvida (Martinho & Rodrigues, 2016; Cavaco, José & Lourenço, 2013).

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, reconhecem a comunicação como uma aptidão de extrema importância. É através da comunicação que o enfermeiro consegue estabelecer parte significativa das suas intervenções tendo em conta a ciência, os valores, a ética e deontologia de cada pessoa, traduzindo-se na melhoria contínua dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e apesar de todos os avanços tecnológicos que se tem conseguido, a vertente

relacional da profissão não deve ser descurada. A diminuição ou inaptidão desta capacidade fundamental deve ser vista como uma inquietação por parte de todos os profissionais que lidam diariamente com doentes ventilados, tendo como pressuposto tranquilizar os mesmos acerca da causa e do carácter temporário associados ao processo de saúde-doença que estão a atravessar (Matos, 2012).

Os enfermeiros são considerados privilegiados no que concerne à comunicação com o doente, uma vez que este grupo profissional presta cuidados 24 horas por dia à pessoa, interagindo de perto com a mesma. Sendo assim, o enfermeiro deve estar dotado de estratégias e técnicas de comunicação uma vez que esta é o veículo para todas as suas intervenções (Matos, 2012). O enfermeiro com competências na área da Enfermagem Médico-cirúrgica “estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018: 19360) e “demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto” (OE, 2018: 19360), pelo que se tornou fulcral o desenvolvimento do projeto de intervenção proposto, sendo uma das chaves para a aquisição de tais competências, levando à obtenção de cuidados especializados e, conseqüentemente, de cuidados mais diferenciados e de maior qualidade. O desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura à priori, com base na pergunta *Quais as intervenções de enfermagem que promovem a comunicação com o doente ventilado em contexto de cuidados intensivos?*, confere a teoria e as noções necessárias para compreender e desenvolver o trabalho que foi proposto e delineado para formalizar ações na prática. Para melhor compreender e enquadrar a resposta que a pessoa pode dar ao seu processo de saúde-doença e a sua capacidade em conseguir adaptar-se ao mesmo e alcançar o seu bem-estar, este relatório terá como referencial teórico a Teoria de Médio Alcance da Pamela Reed – Teoria da Auto-transcendência. Além do enquadramento teórico, o presente relatório será assente na base da Metodologia de Trabalho de Projeto, que “tem como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real.” (Ferrito *et al.*, 2010: 3).

Este relatório tem como objetivo geral demonstrar a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), apresentando-se como objetivos específicos:

- Refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas durante a prática clínica;

- Analisar, fundamentando o processo de aquisição de competências especializadas no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EEMC-PSC) e de competências de Mestre;
- Descrever o projeto de intervenção e a sua implementação, delineando estratégias para o futuro.

Tendo em conta que este relatório tem como base uma metodologia reflexiva, descrevendo de forma pormenorizada todo o processo aprendizagem, divide-se em quatro capítulos:

- No primeiro capítulo, pode-se encontrar a descrição pormenorizada dos contextos de estágio e da Unidade Local de Saúde onde estiveram inseridos;
- No segundo capítulo, é realizado um enquadramento conceptual com base na Teoria de Médio Alcance de Pamela Reed e na comunicação com o doente ventilado em contexto de cuidados intensivos. Serão abordados vários conceitos, demonstrando a necessidade de melhorar a capacidade de comunicação com o doente ventilado, proporcionado o máximo de bem-estar e qualidade ao mesmo;
- No terceiro capítulo, é descrita a realização do Projeto de Intervenção, abordando-se a formulação do diagnóstico de situação, o seu planeamento, respetiva execução e, conseqüente avaliação;
- Por fim, no quarto capítulo, será feita uma reflexão no que diz respeito à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, bem como das aprendizagens efetuadas ao longo de todo o contexto teórico-prático.

Este relatório é elaborado segundo as normas da Escola Superior de Saúde de Portalegre, baseando-se na bibliografia e citações da *American Psychological Association (APA)* – 6th edition, e é redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico.

1 – CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

1.1 – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO

Todos os estágios previstos no plano de estudos do Curso de Mestrado foram realizados na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, mais precisamente no Hospital Doutor José Maria Grande.

A ULSNA, E.P.E. foi criada a 1 de março de 2007, através do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007, como uma entidade jurídica que iria prestar cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços que até essa data eram prestados pelos únicos dois hospitais do distrito de Portalegre, o Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre e o Hospital de Santa Luzia de Elvas, e pelos Centros de Saúde do mesmo (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], 2020). Vários são os objetivos da ULSNA, sendo o principal

“a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como articular com as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.” (ULSNA, 2020: 1).

Secundariamente, a ULSNA desenvolve “actividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respectiva capacidade formativa, podendo ser objecto de contrato-programa em que se definam as respectivas formas de financiamento.” (ULSNA, 2020: 1). A sua área de abrangência passa por todos os concelhos do distrito de Portalegre, nomeadamente: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel (ULSNA, 2020).

A sua Missão baseia-se na promoção do potencial da população, fomentando a saúde e a capacidade de resposta à doença/incapacidade, “garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam

a morbidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULSNA, 2020: 1) e tem como Visão a capacidade de representar uma imagem de excelência no que concerne ao atendimento da população, na ligação que se gera com a comunidade, na criação de parcerias, na investigação contínua e na dimensão do impacto das atividades por si desenvolvidas. Entre os Valores pelos quais a entidade se rege, encontra-se o respeito pela dignidade e pelos direitos dos utentes, a excelência técnica e a acessibilidade/equidade dos cuidados, entre outros (ULSNA, 2020).

Nos dois momentos de estágio foram definidos vários objetivos (apêndice I) que contribuíram para atingir as competências de mestre e as competências comuns e específicas inerentes à área de especialização, traçando um plano para a elaboração, implementação e avaliação do Projeto de Estágio.

O primeiro estágio, com menor tempo de duração, teve um total de 144 horas, tendo decorrido de 20 de maio de 2019 a 30 de junho de 2019, no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do HDJMG. O segundo estágio, com uma duração maior, no total de 336 horas, teve início a 18 de setembro de 2019 e terminou a 31 de janeiro de 2020, decorrendo na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do HDJMG.

1.1.1 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande é designado uma urgência de nível médico-cirúrgico, que tem como objetivo prestar cuidados urgentes a todos os utentes que deles necessitem e tem integrado um meio de emergência pré-hospitalar, nomeadamente a viatura médica de emergência e reanimação (VMER).

O SUMC abrange todo o distrito de Portalegre, sendo que quando há necessidade de uma segunda opinião, transferência ou um serviço especializado não existente no hospital, os hospitais de referência são o Centro Hospitalar de Lisboa Central e o Hospital Espírito Santo de Évora.

A nível de instalações físicas, o SUMC está localizado no primeiro piso do edifício, tendo ligação direta ao serviço de Imagiologia, Laboratório de Patologia Clínica e UCI. Dispõe de várias áreas com a sua função estipulada, segundo a Triagem de Manchester.

Existe logo na entrada do SUMC, um gabinete que realiza a triagem e que dá acesso direto às urgências pediátricas. A Urgência Pediátrica destina-se à prestação de cuidados urgentes e/ou

emergentes à população com idade inferior a 18 anos, sendo que possui um circuito próprio e salas pré-destinadas ao efeito. Apenas os doentes emergentes são encaminhados para a sala de emergência do Serviço de Urgência (SU). Este serviço funciona diariamente das 8 às 00 horas, ficando assegurado pela equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria, sendo apenas garantido pelo SU no período das 00 às 8 horas.

Existem dois balcões de tratamento, priorizados segundo as cores da triagem: a cor azul/verde e a cor amarela/laranja, bem como dois gabinetes médicos que dão apoio aos balcões.

O doente será atendido no espaço físico correspondente à cor da pulseira, sendo que poderá ser necessário (dependendo da sua situação clínica) a intervenção de alguma especialidade médica no diagnóstico e/ou tratamento (nomeadamente, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, patologia clínica, anestesiologia, urologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, hematologia e radiologia).

Como parte integrante do espaço físico, existe um espaço para os serviços administrativos, a sala de emergência, a sala de pequena cirurgia, a sala de espera interior, a sala de espera exterior, o gabinete de Ortopedia, o gabinete de Psiquiatria, o gabinete de Medicina Interna, a sala de Enfermagem, o gabinete destinado à enfermeira chefe, duas salas de sujos e desinfeção, a copa, uma sala polivalente, a sala de materiais (armazém), fora os arrumos das roupas limpas. Com separação por uma porta de correr, existe o serviço de observação (SO), composto por duas salas, onde estão distribuídas 18 camas.

A equipa multidisciplinar é composta por 47 enfermeiros (incluindo a enfermeira-chefe e o enfermeiro colaborador – em horário fixo), 25 assistentes operacionais, 7 administrativos, sendo que a equipa médica varia consoante os médicos escalados, salientado que alguns dos profissionais apenas têm contrato de prestação de serviços.

A equipa de enfermagem está dividida por 5 equipas, sendo que cada uma tem um responsável de equipa que coordena o turno. Cada equipa é constituída, por norma, por 8 enfermeiros que trabalha segundo o horário *roulement* exceto alguns elementos que apenas realizam horário fixo. No que diz respeito às características da equipa, foi elaborada a seguinte figura:

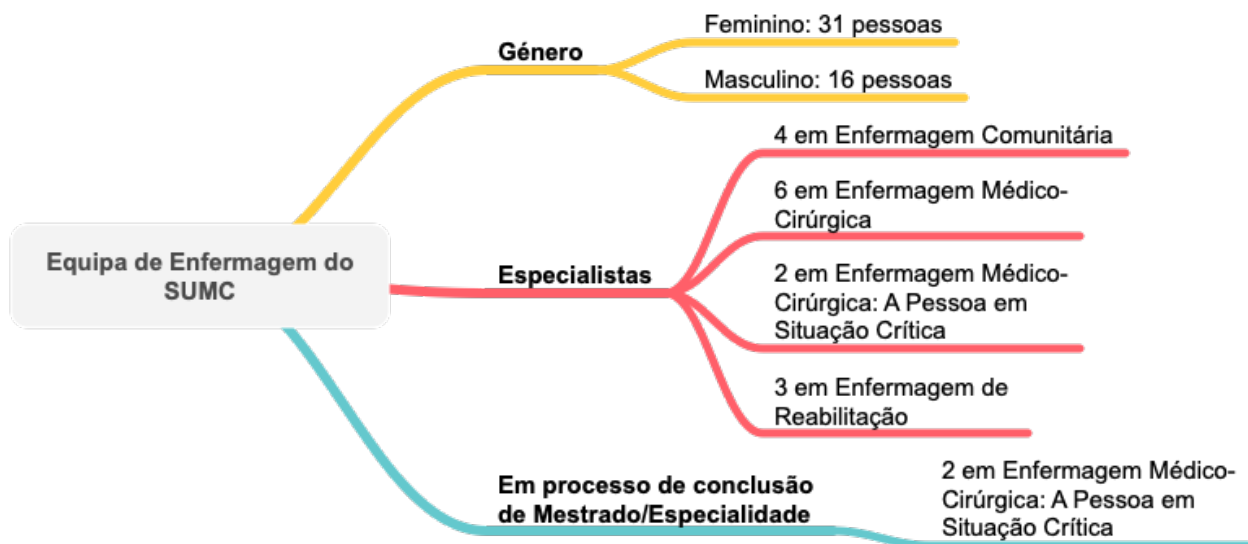


Figura nº 1 – Caraterização da equipa de enfermagem do SUMC

Fonte – Construção própria

O elemento mais novo do serviço tem 29 anos e o mais velho 57 anos, sendo que a média de idades se encontra entre os 30-45 anos.

Os postos de trabalhos são distribuídos de forma semanal, sendo alocados profissionais à triagem, sala de tratamento azul/verde, sala de tratamento amarelo/laranja, especialidades e sala de emergência, um elemento de apoio e os restantes integram o SO em função do rácio existente (no internamento, gere-se o trabalho segundo o método do enfermeiro responsável, sendo que nas Manhãs ficam 2 enfermeiros por cada sala, nas Tardes/Noites ficam 3 enfermeiros pelas duas salas). Por norma, o rácio de enfermeiros existentes por cada turno é de 9 na Manhã (não incluindo a enfermeira chefe e o enfermeiro colaborador), 8 na Tarde e 7 na Noite.

Na triagem, o enfermeiro alocado é totalmente responsável por este posto. Relativamente aos enfermeiros que ficam nas salas de tratamento, estes são responsáveis pela totalidade dos utentes, não existindo um rácio distribuído por cada um. Estes elementos são responsáveis pela reposição das salas no turno da Manhã. No turno da Noite, fica apenas um elemento para as duas salas de tratamento.

O elemento de apoio fica incumbido dos utentes internados em SO que se encontram fora das salas. Quanto ao profissional que dá apoio aos gabinetes das especialidades e à sala de emergência, quando não tem tarefas alocadas ao seu posto, direciona a sua prestação de cuidados à sala de

tratamentos. Cabe ainda a este elemento, no turno da Manhã, rever e repor todo o material da sala de emergência, proceder à verificação do ventilador e dos monitores existentes, realizando os testes preconizados e efetuando a check-list definida para o procedimento.

É de salientar que o serviço possui 3 equipamentos designados de Pyxis que armazenam e disponibilizam terapêutica e outros materiais que necessitam de estar conservados: 1 dos equipamentos encontra-se na sala de tratamento amarelo/laranja e os 2 equipamentos restantes encontram-se no corredor que liga ao SO, entre as duas entradas do mesmo.

Para além dos equipamentos anteriormente referidos, o SUMC possui também um eletrocardiógrafo, um carro de emergência (junto ao corredor que dá entrada às salas de SO), monitores aptos à monitorização não invasiva, três monitores com desfibrilhador, um ventilador mecanicamente invasivo, ventiladores mecanicamente não invasivos, bombas e seringas infusoras e um monitor portátil para transportes intra/inter-hospitalares.

1.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

Por volta do ano de 1952, em Copenhaga, a epidemia de poliomielite fez com que se desafiasse as leis da Medicina da época, levando ao desenvolvimento das primeiras unidades de cuidados intensivos, recorrendo à utilização de suporte ventilatório em doentes com insuficiência respiratória resultante da poliomielite bulbar. Este foi o mote para o desenvolvimento da compreensão do equilíbrio ácidos-base e das trocas gasosas, juntamente com os feridos graves resultantes da II Guerra Mundial, da Guerra do Camboja e da Guerra do Vietname, fez com que houvesse necessidade de uma resposta mais eficaz na área do trauma e da infeção grave. Por fim, o aparecimento dos primeiros fluxos de resposta rápida em emergência pré-hospitalar dirigidos ao enfarte agudo do miocárdio, há cerca de 60 anos atrás, no Reino Unido, foi o terceiro vetor que predispôs ao desenvolvimento das unidades de cuidados intensivos (Paiva *et al.*, 2016).

Em Portugal, as primeiras UCI começaram a surgir por volta do fim da década de 50, no século XX, gerando a primeira geração de médicos intensivistas portugueses (Paiva *et al.*, 2016).

Fundada em 1977, pelo Dr. Emílio Moreira, a Unidade de Cuidados Intensivos abriu no quarto piso do HDJMG. Na época, foi um grande passo de inovação, pois tratava-se da primeira Unidade aberta num hospital distrital, adquirindo o estatuto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente em 1993, sendo nessa altura que passa a ter o nome do seu fundador.

Atualmente, a UCIDEM encontra-se no primeiro piso e além de integrar a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (com 4 camas e um quarto de isolamento – camas de nível III), possui também a Unidade de Cuidados Intermédios (com 5 camas, sendo uma destinada a utentes com necessidade de realizar técnicas dialíticas – camas de nível II). Localizada junto às instalações do Serviço de Observação, do Serviço de Urgência, a UCIDEM possui acesso direto ao exterior.

“As camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva.” (Paiva *et al.*, 2016: 8).

Tem como principal função o destino de todos os utentes que necessitam de terapia intensiva para a manutenção das suas funções vitais, recebendo utentes provenientes de todos os serviços de internamento (médico e cirúrgico) da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), exceto utentes em idade pediátrica.

A nível de instalações físicas, existem duas salas de internamento, dois balneários com casa de banho (feminino e masculino), uma copa, uma sala de serviços administrativos, uma sala médica, um gabinete de enfermagem (onde se encontra a enfermeira responsável), uma sala de materiais (armazém), uma sala de sujos e desinfeção, sala de trabalhos de enfermagem, um quarto de isolamento (que não beneficia de pressão negativa) e uma sala de espera de visitas. Ambas as salas de internamento possuem uma organização espacial que permite a visualização de todos os utentes internados.

A nível das salas de internamento, todas as camas possuem uma unidade funcional independente, unidade de monitorização com telemetria, rampa de ar, oxigénio e vácuo, e ventilador (mediante a necessidade do utente, existe ou não na sua unidade).

A UCIDEM possui um gasómetro, duas máquinas de técnicas dialíticas, seis ventiladores (sendo que um está ocupado com uma utente crónica do serviço), um ventilador de transporte, dois monitores de monitorização hemodinâmica avançada, dois Pyxis - sistemas eletrónicos de armazenamento de medicamentos que disponibilizam material por identificação biométrica; situa-se em cada sala -, três ventiladores não invasivos (dois V60 e um Vision), um ecógrafo, um eletrocardiógrafo, seringas e bombas infusoras e um monitor de transporte.

Relativamente aos carros de emergência, existem dois na UCIDEM: um alocado à sala de Cuidados Intensivos e outro alocado à sala de Cuidados Intermédios. Estão em sítio visível, com acesso livre e ligado à corrente. Pela sua localização, os carros de emergência perdem visibilidade quando é privilegiada a privacidade do doente, no entanto, mantêm acesso livre à sua utilização e todos os elementos da equipa multidisciplinar conhecem a localização dos carros de emergência. Os locais dos carros de emergência ficam sinalizados com fita vermelha, salvaguardando o facto do seu deslocamento aquando a utilização em doentes críticos com necessidade de isolamento, e de aí permanecerem até serem necessários. Nesse momento, será passada informação verbal entre os profissionais de forma a todos terem conhecimento da sua localização.

A equipa multidisciplinar é composta por 26 enfermeiros (incluindo a enfermeira responsável), 10 assistentes operacionais e 1 administrativo, a equipa médica possui 1 médico com funções de diretor e dispõe de mais elementos (contratados ou do quadro do hospital), consoante as necessidades. Relativamente aos elementos médicos que colaboram, estes pertencem às especialidades de Anestesiologia, Intensivismo, Pneumologia, Nefrologia, Cardiologia, e Medicina Interna.

Quando a enfermeira responsável não está presente, existe um elemento da equipa que é responsável de turno. Os postos de trabalho são distribuídos por turno (pelo responsável). Por norma, o rácio de enfermeiros/turno é de 6 de Manhã (1 na gestão + 5 na prestação de cuidados) durante a semana (sendo que ao fim de semana o rácio diminui para 5 de manhã), 4 na Tarde e 4 na Noite. Existem 2 elementos que têm horário fixo (incluindo a enfermeira responsável) e a restante equipa trabalha segundo o horário *roulement*. O método de trabalho utilizado é o método por enfermeiro responsável.

Segue a seguinte figura que descreve a equipa de forma mais pormenorizada:

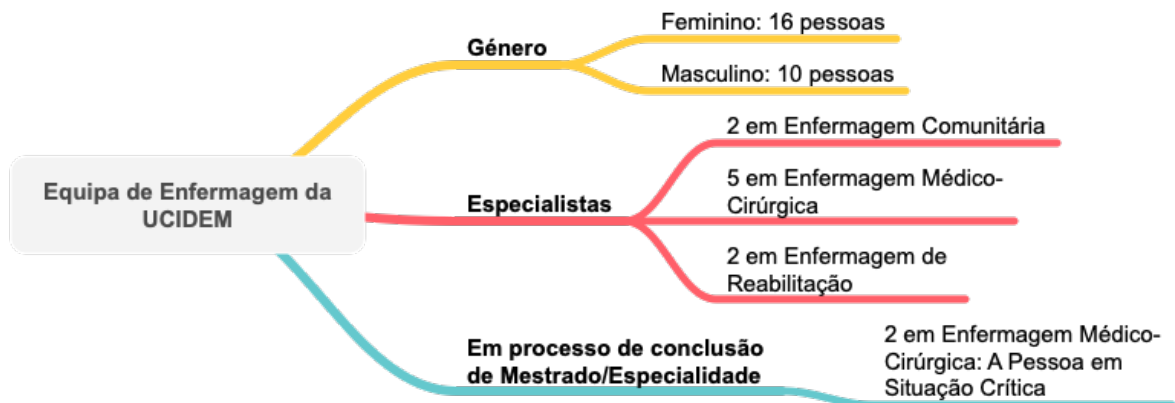


Figura nº 2 – Caraterização da equipa de enfermagem da UCIDEM

Fonte – Construção própria

O elemento mais novo do serviço tem 33 anos e o mais velho 54 anos, sendo que a média de idades se encontra entre os 35-50 anos. É de salientar que a maioria dos elementos já se encontra a trabalhar em contexto de cuidados intensivos há mais de 10 anos, sendo que na sua grande generalidade já tinham exercido funções em outros serviços.

Importa referir que a UCIDEM utiliza o sistema *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) para avaliação da gravidade do doente crítico, quantificando a carga de trabalho de enfermagem na unidade de cuidados intensivos. O sistema TISS-28 foi desenvolvido inicialmente em 1974 e atualizado em 1983, sendo reduzido o número de itens para avaliação de 78 para 28. Estes 28 itens avaliam a ventilação, funções renais, funções cardiovasculares, funções neurológicas e funções metabólicas, atividade básica e outros fatores. A pontuação indica a quantidade de tempo de enfermagem dispendido na prestação direta de cuidados ao doente, o que, por sua vez, releva a gravidade da doença (Seker, Hergunsel, Bostanci & Zeydan, 2018; Padilha *et al.*, 2005). Esta avaliação é realizada de forma diária, no turno da Noite.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A Teoria da Auto-Transcendência teve origem a partir de um interesse em compreender os processos de desenvolvimento na idade adulta avançada como componente da saúde mental e do bem-estar. Inicialmente não foi incorporada a hipótese de se aplicar a pessoas mais jovens, como as crianças e os adolescentes, no entanto, atualmente a teoria é aplicada a todos os indivíduos ao longo da vida (Reed, 2014).

“A Teoria da Auto-Transcendência de Enfermagem foi criada a partir de uma perspectiva desenvolvimentista dos processos humano-ambientais de saúde. A palavra desenvolvimento é usada na teoria para enfatizar processos de mudança inerentes que são contínuos, inovadores e relacionados ao contexto, enquanto ainda reconhecem mudanças inevitáveis que podem ser vistas como aleatórias, decrementais ou mecanicistas.” (Reed, 2014: 109).

2.1 – TEORIA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA

O desenvolvimento da teoria de Pamela Reed assenta no uso da estratégia da reformulação dedutiva, sendo que esta assenta no conhecimento de teorias que não estejam ligadas à Enfermagem, acabando por serem reformuladas com um modelo conceptual da disciplina, originando uma teoria de médio-alcance (Alligood, 2014). O conhecimento gerado pela pesquisa e pela prática é então organizado em teorias para as mais variadas aplicações, nomeadamente nas pessoas que precisam de cuidados de enfermagem. A Teoria da Auto-Transcendência pode gerar novas descobertas sobre os variados processos pelos quais as pessoas podem alcançar o bem-estar, particularmente quando os indivíduos e as famílias estão a enfrentar perdas ou doenças que limitam a vida (Reed, 2014).

A criação da Teoria da Auto-Transcendência foi influenciada por três grandes eventos/fontes pertencentes à história da Ciência, à história da Enfermagem e à própria experiência profissional da autora (Reed, 2014).

- A primeira fonte refere-se ao movimento sobre a expectativa de vida, na Psicologia do Desenvolvimento, na década de 70, onde ficou provado que a mudança no desenvolvimento

ao longo da vida foi menos influenciada pela idade cronológica ou pela passagem do tempo e mais pelos eventos da vida, normativos e não normativos, e pelas experiências de vida (Reed, 2014). Após esta década e todas as pesquisas desenvolvidas durante a mesma, houve uma mudança de pensamento em relação às visões anteriormente defendidas, de que tanto o crescimento físico, como o desenvolvimento mental, terminavam na adolescência (Alligood, 2014);

- A segunda fonte surgiu do trabalho desenvolvido por Martha E. Rogers sobre as teorias de Enfermagem e sobre o seu pensamento acerca da natureza da mudança nos seres humanos. Rogers sublinhou que o desequilíbrio entre a pessoa e o ambiente é um importante fator desencadeador para o desenvolvimento, caracterizando o desenvolvimento humano como inovador e imprevisível. O desenvolvimento humano possui um processo de movimento que, embora imprevisível, acaba por ter um padrão e um propósito (Alligood, 2014; Reed, 2014);
- A terceira e última fonte integra a experiência clínica da autora e todas as suas pesquisas realizadas na aplicação de teorias de desenvolvimento em cuidados psiquiátricos e mentais com crianças e adolescentes. Há também o relato de idosos que se apresentavam clinicamente deprimidos, relatando menos recursos de desenvolvimento para suportar uma sensação de bem-estar face à diminuição das habilidades físicas e cognitivas do que um grupo de idosos que sejam mentalmente saudáveis. Ficou concluído, que o desenvolvimento em idosos e adultos mais velhos trata-se de um processo não-linear de ganho e consequente perda, originando um processo de reformular comportamentos e perspectivas antigas e integrar novas visões e atividades (Alligood, 2014; Reed, 2014).

“A auto-transcendência é proposta para facilitar a integração de elementos complexos e conflituosos da vida, envelhecimento e morte. Os eventos de saúde confrontam particularmente as pessoas com maior complexidade em termos de novas pessoas nas suas vidas, novas informações e novos sentimentos e preocupações.” (Reed, 2014: 110).

2.1.1 – Proposições e conceitos da teoria

“A teoria da transcendência foi desenvolvida para reconhecer a natureza do crescimento (não físico) da pessoa e qual a sua relevância para o desenvolvimento do bem-estar humano. O objetivo da teoria é compreender o impacto do bem-estar na vida adulta bem como o seu processo de crescimento, sendo assim coerente com as teorias de desenvolvimento.” (Xavier, Nunes & Basto, 2014: 7).

A Teoria da Auto-Transcendência baseia-se em duas proposições principais: a primeira refere que o ser humano não se separa do ambiente em que está envolvido (são integrantes entre si), segundo Roger. Surge o conceito de <<pandimensional>> que vai permitir o estudo da natureza da pandimensional humana, tendo em conta os vários contextos do dia-a-dia. A segunda relata que a auto-transcendência vai ser uma das causas de desenvolvimento humano. Como seria expectável, a participação da pessoa na sua própria auto-transcendência é essencial para o bem-estar (tornando-se o enfermeiro um meio facilitador de todo este processo) (Allgood, 2014; Reed, 2014).

Desta teoria surgiram três conceitos-chave: auto-transcendência, bem-estar e vulnerabilidade.

Conceitos da teoria	
Auto-transcendência	É definida como um processo de desenvolvimento intrínseco em que são estendidos os limites que temos apenas com o nosso <<eu>>. Este processo de desenvolvimento não é linear, nem está pré-estabelecido, é algo gradual e que resulta de uma maior consciencialização do mundo que nos rodeia e da nossa interação com ele. Uma pessoa possui assim, uma grande capacidade de expansão dos seus limites, nos mais variados domínios: intrapessoal (p.e. através de experiências pessoais e introspectivas), interpessoal (p.e. através das experiências e vivências que temos com os outros), temporal (a teoria refere que para conseguirmos aprimorar os vários aspetos da nossa vida, deve-se ao facto de conseguirmos olhar para o passado e para o futuro com um olhar crítico e com uma visão significativa relativamente ao presente) e transpessoal (p.e. considerando o conceito de <<pandimensional>> , este domínio faz referência à capacidade da pessoa se conectar com dimensões além do que é discernível. Dimensões sobrenaturais.) (Allgood, 2014; Reed, 2014).
Bem-estar	A autora considera o bem-estar como a sensação de plenitude, sensação de ser completo e saudável, consoante os critérios pessoais de saúde e de integridade. Este conceito é subjetivo, uma vez que cada pessoa tem a sua definição de bem-estar. É possível alcançar o bem-estar através de experiências de auto-transcendência, pois de uma forma imperativa, estas são positivas e desenvolvem a pessoa (Allgood, 2014; Reed, 2014).
Vulnerabilidade	Designa-se como a consciência da pessoa sobre a sua própria mortalidade pessoal ou a experiência de eventos de vida difíceis. Segundo a autora, este conceito emerge de eventos marcantes como o sofrimento de uma doença crónica, uma incapacidade, a parentalidade e o nascimento de uma criança, por exemplo. Reed teorizou que a auto-transcendência surge de forma natural nas experiências que as pes-

	soas têm em saúde, confrontando-as com os problemas da mortalidade (Alligood, 2014; Reed, 2014).
--	--

Tabela n.º 1 – Conceitos-chave da Teoria da Auto-Transcendência

Fonte – Construção própria

O modelo da Teoria da Auto-transcendência é um pouco complexo, pois emergem quatro conjuntos de relacionamentos existentes entre os conceitos da teoria:

Primeiramente, há uma relação entre a experiência que gera vulnerabilidade e a auto-transcendência. Níveis crescentes de vulnerabilidade, provocados por eventos de saúde, influenciam níveis crescentes de auto-transcendência. É de salientar que nem sempre isto ocorre, uma vez que a relação entre vulnerabilidade e auto-transcendência pode ser não-linear. Por exemplo, pode existir níveis muito altos de vulnerabilidade e pode não haver uma correspondência de níveis aumentados de auto-transcendência, a não ser que haja a influência de outros fatores nesse relacionamento (Reed, 2014).

O segundo relacionamento existe entre a auto-transcendência e o bem-estar. Essa relação vai sempre ser direta e positiva, na medida em que a auto-transcendência se vai relacionar positivamente com a sensação de bem-estar. Essa relação representa a ultrapassagem de uma situação atual para avançar numa direção a uma vida diferente, em vez de um retrocesso a perspectivas e comportamentos passados (Reed, 2014).

Terceiro e último, a auto-transcendência funciona como um mediador do bem-estar. Vários estudos discutidos *à posteriori* fornecem suporte empírico para esta hipótese, uma vez que a auto-transcendência pode ser um processo subjacente que explica como o bem-estar é possível em situações difíceis ou potencialmente letais que as pessoas enfrentam (Reed, 2014).

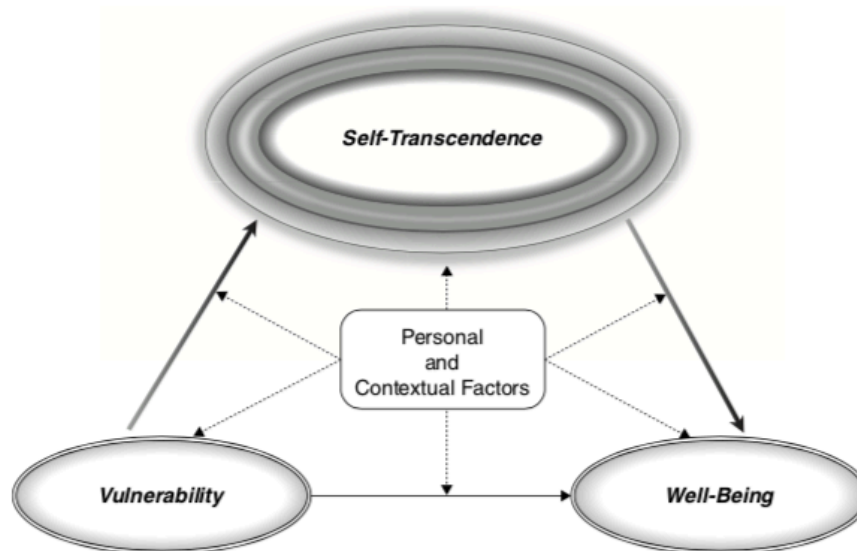


Figura nº 3 – Teoria da Auto-Transcendência.

Fonte – Reed, P. Middle Range Theory for Nursing – 3ed, 2014.

Existem então os conceitos adicionais de fatores pessoais e contextuais que podem influenciar as várias relações entre os conceitos principais.

“Uma ampla variedade de fatores pessoais e contextuais e as suas interações podem influenciar o processo de auto-transcendência no que se refere ao bem-estar. Exemplos desses fatores são a idade, o género, a capacidade cognitiva, o estado de saúde, eventos significativos da vida passada, crenças pessoais, apoio familiar e ambiente sociopolítico. Esses fatores podem aumentar ou diminuir a força das três variáveis-chave e os seus relacionamentos.” (Reed, 2014: 115).

A *Self-Transcendence Scale* (STS), de Pamela G. Reed, tem sido utilizada na maior parte das pesquisas que mais diretamente se relacionam com a teoria. A STS é uma escala unidimensional de 15 itens que teve origem num instrumento de 36 itens, a Escala de Recursos de Desenvolvimento da Idade Adulta Posterior. Esta escala avalia o nível de recursos psicossociais baseados no desenvolvimento de um indivíduo.

“A STS demonstrou confiabilidade e validade de constructo e é breve e fácil de administrar como um questionário ou em formato de entrevista. Muitos pesquisadores e estudantes de licenciatura usaram o instrumento para estudar a auto-transcendência no que se refere a várias experiências e resultados de saúde.” (Reed, 2014: 117).

Em suma, a escolha da teoria prendeu-se pela significância que ela trouxe ao percurso traçado e ao projeto que se desenvolveu. A teoria da auto-transcendência, resumidamente, assenta os seus

propostos no crescimento não físico, levando ao bem-estar humano, sendo essa uma das chaves que procuro alcançar na prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Para se poder ajudar alguém a crescer e a ultrapassar os seus limites, trazendo-lhe novos desafios e novas sensações positivas, tem de se encarar a prestação de cuidados e o futuro da Enfermagem com olhos de quem também precisa de se auto-transcender. Se não se for capaz de olhar em frente e pensar além do que é estabelecido, do que é considerado normal, não se é capaz de dar uma resposta diferenciada e especializada à pessoa a quem se está a prestar cuidados. A sua auto-transcendência passa pelo profissional e pela capacidade do mesmo em conseguir capacitar o outro.

Focar a metodologia de trabalho e de prestação de cuidados no bem-estar do próximo, permite traçar intervenções que irão possibilitar à pessoa em situação crítica crescer de forma individual e espiritual, levando-o ao alcance de uma sensação de bem-estar e auto-transcendência, tornando-a menos vulnerável ao processo de saúde-doença em que se encontra.

Quanto ao projeto de intervenção que foi desenvolvido, este foi delineado com base nos pressupostos que Pamela Reed fornece ao elaborar a teoria da Auto-Transcendência. Conseguir comunicar através de métodos alternativos é a via que o doente tem para se conseguir adaptar à sua nova realidade, focando-se em conseguir alcançar alguma melhoria e bem-estar face à situação em que se encontra. Adaptando-se à nova realidade fará com que cresça interiormente, transcendendo-se relativamente à pessoa que era anteriormente e àquilo que neste momento consegue ser (sensação de plenitude, face à situação atual).

2.2 – A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO EM CUIDADOS INTENSIVOS

Um dos objetivos major das unidades de cuidados intensivos é salvar vidas (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen, 2017). O cuidado crítico é complexo, rápido e em constante evolução (Sutton & Jarden, 2017). A aplicação da tecnologia que leva à manutenção das funções vitais, vários tratamentos avançados e observações rigorosas podem levar a uma despersonalização daquilo que é o doente durante a fase mais crítica do seu processo saúde-doença (Laerkner *et al.*, 2017). A vulnerabilidade originada pela falência de órgãos, o próprio sentimento de ameaça existencial associada à dependência de equipamentos médicos, faz com que a pessoa se sinta num estado de

passividade, sem comunicar, sem poder sobre si e sobre as suas decisões, dependente de profissionais de saúde (Laerkner *et al.*, 2017).

Prestar cuidados de enfermagem de qualidade superior e com impacto positivo nos resultados dos doentes é altamente desafiador (Sutton & Jarden, 2017; Elliot & Elliot, 2018). A comunicação com os doentes é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016). Os doentes que estão internados no contexto de uma unidade de cuidados intensivos são frequentemente privados da sua capacidade de falar e, conseqüentemente, da capacidade de comunicação, devido à necessidade de intubação (Hoorn *et al.*, 2016). A fala é uma forma de comunicar, tal como muitas outras, mas é uma forma muito específica e única de comunicação. Trata-se de algo exclusivo dos humanos, não se encontrando em nenhuma outra espécie animal (Pereira, 2016). A perda da mesma, poderá levar a conseqüências graves, tais como sentimentos bastante negativos, tanto no doente como em quem tenta comunicar com ele (Hoorn *et al.*, 2016).

A atualidade pressupõe práticas nas UCI mais benéficas para os doentes, ou seja, uma das novas diretrizes passa pelo uso de menos sedação em doentes sob ventilação mecânica, o que aumenta exponencialmente o número de doentes potencialmente capazes de comunicar enquanto estão sob ventilação mecânica e acordados (Laerkner *et al.*, 2017; Hoorn *et al.*, 2016). Ao contrário de uma sedação mais fraca, a sedação contínua e em larga escala está associada ao uso de ventilação mecânica mais prolongado, aumento de complicações e maior tempo de internamento em UCI e, conseqüentemente, nos outros serviços de internamento hospitalar (Laerkner *et al.*, 2017).

A ventilação mecânica (VM) é uma terapia de suporte que ajuda doentes que não sejam capazes de manter/efetuar trocas gasosas adequadas, melhorando a ventilação e o conforto dos mesmos, através da diminuição do esforço respiratório (Elliot & Elliot, 2018; Pereira, 2016). Pode ser usada para auxiliar/substituir a respiração espontânea normal e pode também ser utilizada de forma invasiva ou não invasiva (Elliot & Elliot, 2018).

São várias as indicações para iniciar a VM, sendo vários os seus objetivos: corrigir a hipóxia, a hipercapnia, o stress fisiológico e/ou insuficiência respiratória. Estas condições são muitas vezes causadas por infeção, trauma, sépsis, insuficiência cardíaca, entre outras. Em situações específicas, os doentes não conseguem manter as suas vias aéreas permeáveis, nomeadamente quando existe lesão ou doença neurológica ou então, sob anestesia geral. Esta terapia pode ser realizada por períodos mais curtos nas salas de cirurgia, por exemplo, e/ou por períodos mais longos como nas

UCI. No caso de ventilação mecânica não invasiva, também poderá ser utilizada no domicílio do doente (Elliot & Elliot, 2018).

Existem vários métodos alternativos de comunicação disponíveis e está descrito que cerca de 50% dos doentes em UCI podem usar ferramentas simples de comunicação assistida, no entanto, estudos relatam que os profissionais/cuidadores negligenciam o uso das mesmas (Hoorn *et al.*, 2016).

Poderá conseguir-se alcançar uma melhoria na comunicação usando estratégias padronizadas de comunicação para uniformizar a abordagem de seleção de vários métodos de comunicação aumentativa e alternativa (CAA). CAA refere-se a todas as formas de comunicação que podem ser usadas para expressar mensagens (exceptuando, a fala oral) (Pereira, 2016).

Embora se considere a comunicação como um foco importante no aumento da qualidade dos cuidados prestados ao doente, não existem protocolos nem diretrizes associadas à mesma em contexto de UCI (Hoorn *et al.*, 2016).

2.2.1 – Intervenção de enfermagem na comunicação com o doente ventilado: Uma revisão integrativa da literatura

Atualmente, os enfermeiros deparam-se com o desafio da procura de conhecimento científico, as mais recentes evidências, no sentido de promoverem a melhoria da prestação dos seus cuidados (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017). A Prática Baseada na Evidência (PBE) permite uma resposta eficaz às várias questões que se evidenciam na prática clínica, nos diversos níveis de intervenção (Sousa *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2018; Ercole, Melo & Alcoforado, 2014). Esta abordagem permite a solução de vários problemas, levando a uma tomada de decisão que agrega a mais recente evidência científica, competência clínica, valores e preferências do doente inserido no contexto dos cuidados prestados (Sousa *et al.*, 2017).

No sentido de validar a melhor evidência acerca da comunicação com o doente ventilado e a problemática associada, optou-se por desenvolver uma revisão integrativa da literatura (RIL). A RIL é um método associado à prática baseada na evidência que permite a procura, avaliação e incorporação de evidências na prática clínica dos profissionais de saúde, através de pesquisa bibliográfica sobre um tema previamente definido (Sousa *et al.*, 2017). Este método é validado e fundamentado com recurso ao conhecimento científico, com resultados de qualidade, rigor e

efetividade, permitindo incluir dados experimentais e não-experimentais, direcionando a revisão para os aspetos em que se pretende focar (Sousa *et al.*, 2017; Ercole *et al.*, 2017).

Uma das fases mais importantes e que vai nortear a pesquisa é a primeira fase, onde se elabora a hipótese/questão de pesquisa. Neste caso, recorreu-se à metodologia PICO (participantes, intervenções/fenómeno de interesse, contexto e *outcome*) (Sousa *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2018; Ercole *et al.*, 2017). O sucesso e qualidade da revisão elaborada, depende sempre da pertinência, esforço e rigor da hipótese formulada, havendo a necessidade de estar relacionada com um raciocínio teórico exato (Sousa *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2018; Ercole *et al.*, 2017).

Para nortear a pesquisa, elaborou-se a seguinte pergunta PICO: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a comunicação com o doente ventilado em contexto de cuidados intensivos? A seleção dos estudos decorreu no mês de Dezembro de 2019, com recurso às bases de dados EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE e B-On. Para a pesquisa recorreu-se a quatro palavras-chave (Artificial Respiration, Communication, Nursing e Intensive Care Units), validadas previamente com base nos descritores em Ciências da Saúde MeSH e DeCS, adicionando o operador booleano AND entre cada uma. Como estratégia de pesquisa, recorreu-se ao limite temporal 2014-2019, limitador linguístico (apenas estudos de origem Inglesa, Espanhola e Portuguesa, oriundos de fontes primárias) e aplicação do limitador “SU Termos do Assunto” ao nível das palavras-chave Nursing e Intensive Care Units (ver tabela nº 2).

Base de dados	Estratégia de pesquisa e limitadores
EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE	<i>Artificial Respiration AND Communication AND SU Nursing AND SU Intensive Care Units</i>
B-On	<i>Artificial Respiration AND Communication AND SU Nursing AND SU Intensive Care Units</i>

- Intervalo temporal 2014-2019;
- Estudos de língua inglesa, espanhola e portuguesa (oriundos de fontes primárias).

Tabela n.º 2 – Estratégia de pesquisa e seus limitadores

Fonte – Construção própria

Consideraram-se critérios de inclusão: adultos e idosos hospitalizados, intervenções de enfermagem associadas ao doente ventilado e internamento em unidades de cuidados intensivos.

Como critérios de exclusão, definiu-se: crianças hospitalizadas, intervenções de enfermagem associadas a outro tipo de patologias e internamento em diferentes serviços/comunidade.

Esta pesquisa foi elaborada e analisada apenas por um revisor crítico, este com experiência a nível académico, profissional e científico no assunto, pelo que houve o maior rigor e fiabilidade no estudo da amostra recolhida.

A pesquisa bibliográfica foi elaborada por etapas, sendo que inicialmente se obteve um total de vinte e oito mil e trezentos e setenta artigos, reduzindo-se para setenta e cinco após aplicação dos limitadores de pesquisa/temporais/linguísticos, adicionando-se um artigo obtido inicialmente como referência. Após a leitura do título/resumo/artigo integral e devido a duplicação, foram excluídos sessenta e três, acabando-se por se obter uma amostra final de doze artigos (ver figura n.º 4).

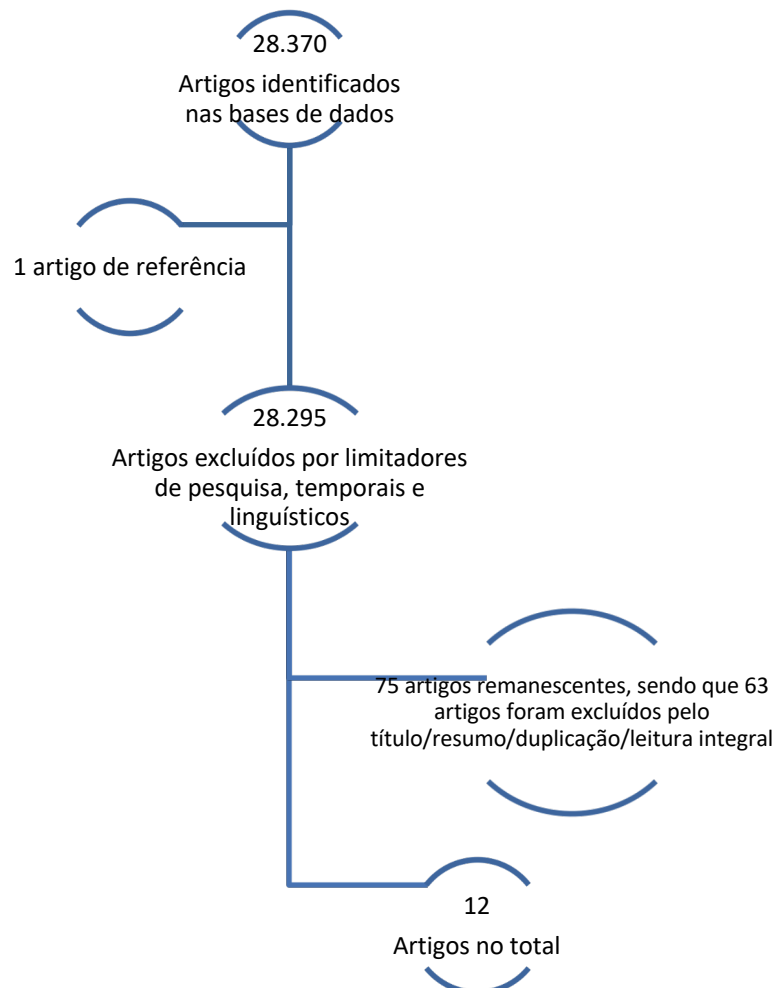


Figura nº 4 – Desenvolvimento da pesquisa e seleção da amostra

Fonte – Construção própria

2.2.2 – Resultados

Para garantir a fiabilidade/validade da revisão a construir, os estudos necessitam de ser avaliados face à sua qualidade metodológica (Sousa *et al.*, 2017; Ercole *et al.*, 2017). É determinada a força da evidência, se os resultados são aplicáveis, o custo e a relevância das práticas, expondo o binómio riscos e benefícios de determinada intervenção em estudo (Ercole *et al.*, 2017).

O *The Joanna Briggs Institute* (TJBI) criou instrumentos que permitem avaliar a viabilidade, significância, adequação e eficácia dos estudos, nomeadamente ensaios clínicos aleatórios, estudos observacionais, estudos descritivos, estudos transversais, séries de casos, estudos qualitativos, entre outros (Sousa *et al.*, 2017).

Nesta RIL, aplicou-se a classificação *Joana Briggs Institute Levels of Evidence* (relativamente à eficácia) aos doze artigos selecionados, resultando um artigo nível 2.c, um artigo nível 2.d, seis artigos nível 3.e, dois artigos nível 4.b e dois artigos nível 4.c (ver tabela 3) (The Joanna Briggs Institute [TJBI], 2013a). Seguidamente, foram avaliados segundo a tabela *JB I Grades of Recommendation*, obtendo todos o grau A (*strong*) (TJBI, 2013b). Por fim, foram aplicadas as checklist das *Critical Appraisal Tools* a cada um dos estudos, avaliando assim a sua qualidade metodológica individual (Peters *et al.*, 2015).

Id	Título	Autores	Periódico/ Ano	Método	Nível de Evidência (JBI)	Grau de Recomendação (JBI)
A	Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals	Handberg <i>et al.</i>	Journal of Clinical Nursing (2018)	Estudo observacional sem grupo de controle	3.e	A
B	Promoting a nursing team's ability to notice intent to	Noguchi <i>et al.</i>	Intensive & Critical	Estudo de pré-teste e pós-teste	2.d	A

	communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study		Care Nursing (2019)			
C	Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses	Mortensen <i>et al.</i>	Intensive & Critical Care Nursing (2019)	Estudo qualitativo comparativo	3.e	A
D	The Ventilated Patient's Experience	Fink <i>et al.</i>	Dimensions of Critical Care Nursing (2015)	Série de Casos	4.c	A
E	Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients	Dithole <i>et al.</i>	BMC Nursing (2017)	Série de Casos	4.c	A
F	The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria	Happ <i>et al.</i>	Heart & Lung (2015)	Estudo observacional sem grupo de controle	3.c	A

G	Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study	Holm <i>et al.</i>	Nursing in Critical Care (2018)	Estudo qualitativo	3.e	A
H	“Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation	Guttormson <i>et al.</i>	Intensive and Critical Care Nursing (2015)	Estudo transversal	4.b	A
I	Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients	Leung <i>et al.</i>	Journal of Critical Care (2018)	Estudo qualitativo	3.e	A
J	Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication	Happ <i>et al.</i>	Heart & Lung (2015)	Estudo prospetivo	2.c	A
L	Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study	Flinterud <i>et al.</i>	Journal of Clinical Nursing (2015)	Estudo qualitativo descritivo	4.b	A

M	Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A qualitative study	Karlsen <i>et al.</i>	Journal of Clinical Nursing (2018)	Estudo qualitativo	3.e	A
---	--	-----------------------	---------------------------------------	--------------------	-----	---

Tabela n.º 3 – Síntese dos artigos selecionados

Fonte – Construção própria

De forma a facilitar a leitura da revisão elaborada, estruturou-se a síntese de informação em três tópicos principais: “Interação enfermeiro-doente: as emoções que se geram” (A, B, C, D, F, G, H, I, J, L), “Necessidade de alternativas para uma comunicação eficaz” (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L) e “Comunicação aumentativa e alternativa: Instrumentos facilitadores” (A, D, F, G, H, I, J, L, M).

2.2.2 – Discussão

Cerca de 84 países assinaram a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que nos remete ao direito de todas as pessoas poderem comunicar e usar auxílios compensatórios quando experienciam um distúrbio funcional da fala (Handberg & Voss, 2018). Este distúrbio, temporário ou permanente, de etiologia física ou neurológica, pode ter implicações na vida das pessoas afetadas e das suas famílias, gerando um trauma associado à experiência (Handberg & Voss, 2018).

A comunicação entre o enfermeiro e o doente sempre foi um desafio em contexto de UCI, onde os doentes estão restringidos pela intubação, sedação e pela própria doença crítica, impedindo trocas verbais e não verbais (Mortensen, Kjaer & Egerod, 2019). Sendo a intubação endotraqueal uma das técnicas mais realizadas em UCI e um pré-requisito para se iniciar ventilação mecânica invasiva, esta afeta a capacidade do doente falar, podendo ser de curto a longo prazo (Handberg & Voss, 2018; Happ *et al.*, 2015a; Holm & Dreyer, 2018). A traqueostomia é igualmente uma opção usada e que impede o doente de comunicar (Flinterud & Andershed, 2015).

Estudos mais recentes descrevem uma nova dimensão, mais complexa, nos cuidados intensivos, pois a maioria dos doentes encontram-se não sedados ou com sedação leve, influenciando em grande escala a interação enfermeiro-doente, sendo que as evidências referem que os enfermeiros

não se encontram preparados para este novo desafio (Mortensen *et al.*, 2019; Fink, Makic, Poteet & Oman, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Happ *et al.*, 2015b).

Mais de 50% dos doentes em contexto de cuidados intensivos relatam problemas de comunicação durante a ventilação mecânica, problemas esses que classificam de moderada a extremamente stressante (Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Leung *et al.*, 2018). O nível de fadiga dos doentes, a sua força muscular, o nível de consciência, a capacidade cognitiva e a participação nos cuidados são de grande importância para a eficácia da comunicação. Estas características do doente podem flutuar durante o dia, tornando a comunicação mais complexa (Holm & Dreyer, 2018).

2.2.2.1 – Interação enfermeiro-doente: as emoções que se geram

Para a maioria das pessoas, ser admitida numa unidade de cuidados intensivos é por si só uma experiência traumática, assustadora e desconhecida (Handberg & Voss, 2018). Doentes críticos que tenham de ser submetidos a intubação endotraqueal e, portanto, incapazes de falar, vão sofrer um rol de emoções negativas que só os próprios conseguem explicar (Handberg & Voss, 2018; Inove & Yokota, 2019; Fink *et al.*, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Happ *et al.*, 2015b). O facto de a UCI estar em pleno funcionamento e atividade 24 horas por dia, faz com que haja uma sobrecarga de estímulos nos doentes internados, fazendo com que experimentem sensações adicionais, como irritabilidade e dor de cabeça (Handberg & Voss, 2018).

Doentes ventilados sofrem muito frequentemente de ansiedade, stress, medo, sofrimento físico, frustração, impotência, despersonalização, delírio e confusão (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Mortensen *et al.*, 2019; Fink *et al.*, 2015; Happ *et al.*, 2015a; Holm & Dreyer, 2018; Guttormson *et al.*, 2015; Flinterud & Andershed, 2015). Esta incapacidade de se conseguir expressar, leva a que muitos doentes experimentem também sentimentos associados a raiva, porque a maioria desconhece o que aconteceu antes de serem admitidos no serviço, o que terá sucedido para se encontrarem naquela condição e o que irá acontecer, sentindo-se extremamente dependentes dos profissionais de saúde e sem acesso a meios de comunicação suficientes (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Fink *et al.*, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Guttormson *et al.*, 2015; Flinterud & Andershed, 2015). Isto leva a várias questões e a um desejo enorme de se conseguir expressar e comunicar (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Mortensen *et al.*, 2019; Fink *et al.*, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Flinterud & Andershed, 2015), além de que se gera

um enorme sofrimento devido à comunicação unidirecional que se cria com os profissionais (Noguchi *et al.*, 2019; Fink *et al.*, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Guttormson *et al.*, 2015).

A comunicação é bem mais do que ser capaz apenas de expressar um sim ou não, um aceno de cabeça ou um piscar de olhos, passa também por ser uma maneira de conseguir mostrar a sua personalidade, expressar medos e tristezas, preocupações ou até fazer comentários, mas isso é impossível para doentes conscientes que estejam intubados, sendo a sua capacidade de comunicar quase nula (Handberg & Voss, 2018; Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, Akpor & Moleki, 2017; Guttormson *et al.*, 2015; Happ *et al.*, 2015b; Flinterud & Andershed, 2015). A falta de capacidade/habilidade dos doentes para se expressarem adequadamente pode levar à diminuição da participação no seu próprio tratamento e, conseqüente reabilitação (Handberg & Voss, 2018; Fink *et al.*, 2015; Guttormson *et al.*, 2015). Em vários estudos, os doentes descrevem que veem os enfermeiros ocupados, o que acaba por os afetar, levando a uma tendência em se isolarem (Handberg & Voss, 2018). O isolamento que o próprio doente cria em seu redor e o facto de ser ignorado pelos profissionais de saúde (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Fink *et al.*, 2015; Leung *et al.*, 2018), faz com que sentimentos de raiva e mau humor surjam (Handberg & Voss, 2018; Guttormson *et al.*, 2015; Flinterud & Andershed, 2015), questionando-se se aquela situação irá acabar (Fink *et al.*, 2015). No entanto, quando a comunicação é bem-sucedida, o sentimento predominante é a compreensão. A compreensão ocorre quando os enfermeiros são capazes de interpretar a mensagem do doente, quando a comunicação é inequívoca e se baseia em assuntos básicos e, principalmente, quando há paciência, tranquilidade, empatia e tempo para priorizar a comunicação (Holm & Dreyer, 2018).

Sentimentos de impotência por parte dos doentes podem ser causados, entre outras coisas, por serem incapazes de expressar verbalmente a dor que sentem. A literatura descreve que pessoas que estiveram internadas em UCI referem que gritavam de dor por dentro, mas não conseguiram comunicar aos profissionais (Flinterud & Andershed, 2015).

A tentativa de interação por parte do profissional de saúde pode ser um verdadeiro desafio, pois muitas vezes leva a mal-entendidos, más interpretações e, na pior das hipóteses, desinteresse pela comunicação (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Mortensen *et al.*, 2019; Holm & Dreyer, 2018; Leung *et al.*, 2018; Happ *et al.*, 2015b). Até há pouco tempo, a comunicação entre doentes ventilados mecanicamente e enfermeiros era breve e curta, durando aproximadamente um minuto, sendo que o enfermeiro falava aproximadamente 35 segundos e iniciava a maior parte das mensagens, sendo que estes controlam o assunto, o momento e o método de comunicação

(Noguchi *et al.*, 2019; Holm & Dreyer, 2018; Guttormson *et al.*, 2015). A falta de esclarecimento e informação acerca de procedimentos e do seu estado de saúde, é apontado pelos doentes como uma falha na comunicação com os profissionais (Guttormson *et al.*, 2015).

Ter capacidade para ultrapassar os obstáculos, leva a uma consciencialização dos profissionais de saúde para o quão difícil pode ser conseguir obter resultados de forma rápida e eficaz (Handberg & Voss, 2018). Muitas vezes irá ser difícil conseguir entender o que a pessoa tenta transmitir, o que leva a sentimentos de incompetência, insatisfação, culpa, stress, frustração, desespero e abandono da tentativa de comunicação, fazendo com que o profissional só se foque na parte física e técnica da interação com o mesmo (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Mortensen *et al.*, 2019; Happ *et al.*, 2015a; Holm & Dreyer, 2018).

Grande parte dos estudos analisados, reforçam a frustração como o sentimento mais predominante por parte do pessoal de enfermagem, pois a incapacidade de conseguir compreender o doente, aliado à vontade de lhe fazer o melhor, geram um misto de emoções difíceis de lidar e insegurança na prestação de cuidados (Handberg & Voss, 2018; Mortensen *et al.*, 2019; Holm & Dreyer, 2018).

Um estudo que observou a interação enfermeiro-doente ventilado demonstrou que a partir do momento em que os enfermeiros se começaram a dedicar à comunicação com o seu doente, conseguiram entendê-lo e alcançar mais rapidamente as suas necessidades. Esta mudança fez com que os sentimentos negativos associados à comunicação desaparecessem, prevalecendo a vontade de continuar a investir numa intervenção eficaz. As mudanças não foram só sentidas pelos profissionais, os doentes relataram que consideraram a atitude e o interesse significativo, associando uma preocupação crescente por parte dos seus enfermeiros (Noguchi *et al.*, 2019).

2.2.2.2 – Necessidade de alternativas para uma comunicação eficaz

Permitir o acesso à comunicação, apesar de haver limitações associadas, é um direito extremamente importante para todos os doentes, especialmente para pessoas gravemente doentes e que podem estar nas últimas fases das suas vidas (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019). O pessoal de enfermagem e outros profissionais de saúde que cuidam de doentes em estado crítico são a porta aberta para o acesso dos doentes à capacidade de comunicar, no entanto, são os mesmos que mais dificultam a capacidade dos doentes em comunicar e conseguir interagir com o ambiente onde estão inseridos (Handberg & Voss, 2018).

Ao conseguirmos melhorar as possibilidades de comunicação e a interação com os doentes é um fator chave para os ajudar, elevando a qualidade dos cuidados prestados, e providenciando uma reabilitação mais otimizada (Handberg & Voss, 2018; Mortensen *et al.*, 2019; Dithole *et al.*, 2017; Holm & Dreyer, 2018). Este tipo de atitudes ajuda a evitar que os doentes se sintam isolados, diminui a confusão e complicações associadas à perda da capacidade de comunicar (Handberg & Voss, 2018; Noguchi *et al.*, 2019; Holm & Dreyer, 2018; Flinterud & Andershed, 2015).

Apesar de os enfermeiros passarem mais tempo à cabeceira do doente, a sua capacitação para o uso de estratégias de comunicação é pouco usual, sendo que outros grupos profissionais têm acesso a mais ferramentas e instrumentos, dependendo da sua área de atuação. Como resultado desta situação, a comunicação com os doentes e suas famílias é frequentemente negligenciada e ineficaz (Dithole *et al.*, 2017).

Quando os doentes não conseguem expressar-se verbalmente, a tendência é da equipa tentar adivinhar e interpretar de forma livre aquilo que acham que a pessoa deseja expressar, o que geralmente resulta num procedimento impossível e pouco fidedigno, que rouba tempo a outras tarefas com mais prioridade (Handberg & Voss, 2018; Flinterud & Andershed, 2015). De forma geral, as equipas usam apenas a comunicação através do sim ou não, o aperto de mão ou o piscar de olhos (Handberg & Voss, 2018; Leung *et al.*, 2018; Flinterud & Andershed, 2015).

Estudos mostram que doentes críticos costumam lembrar-se da comunicação com o enfermeiro com muita clareza, mesmo que tenham estado inconscientes a maior parte do internamento (Dithole *et al.*, 2017). Permitir que os doentes ventilados influenciem de forma adequada a comunicação, permite garantir que a sua dignidade seja respeitada, apoiando a comunicação bidirecional (Noguchi *et al.*, 2019). Com o recurso a estratégias de comunicação como a CAA, os doentes são capazes de expressar as suas necessidades, os seus pensamentos e sentimentos, sendo que de uma forma geral, a comunicação consiste em menos interpretações erradas, otimizando o tempo que os profissionais despendem nesta atividade (Handberg & Voss, 2018; Holm & Dreyer, 2018; Guttormson *et al.*, 2015; Leung *et al.*, 2018; Happ *et al.*, 2015b). Portanto existe uma necessidade gritante de fornecer a todos os profissionais as informações/ferramentas sobre estratégias e auxílios da CAA e ensiná-los a usar de forma correta, para garantir uma melhor comunicação, melhor prestação de cuidados e evitar mal-entendidos (Handberg & Voss, 2018; Mortensen *et al.*, 2019; Dithole *et al.*, 2017; Holm & Dreyer, 2018; Happ *et al.*, 2015b).

Dados afirmam que educar e formar uma equipa de profissionais de saúde de forma a utilizar a CAA, permite diminuir os tempos de internamento dos doentes na UCI e as suas morbilidades (Handberg & Voss, 2018; Dithole *et al.*, 2017).

2.2.2.3 – Comunicação aumentativa e alternativa: instrumentos facilitadores

CAA é uma estratégia de comunicação que abrange uma série de diferentes formas de meios de comunicação, tais como quadros, quadros de comunicação com símbolos e meios eletrónicos, fazendo com que sejam capazes de ajudar as pessoas a expressarem-se (Handberg & Voss, 2018; Fink *et al.*, 2015; Flinterud & Andershed, 2015). Embora esta estratégia esteja disponível e consiga obter bons resultados, por algum motivo ainda não foi implementada nos serviços que acolhem doentes em estado crítico (Handberg & Voss, 2018).

São vários os instrumentos utilizados para implementar esta estratégia, permitindo uma comunicação rápida e eficaz, muito utilizados noutras áreas da saúde (Handberg & Voss, 2018). Prestar serviços de saúde de qualidade, implica uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os seus doentes e a CAA é conhecida por ser eficaz, afetando de forma positiva os resultados dos doentes em toda a sua passagem pelos serviços de saúde (Handberg & Voss, 2018; Happ *et al.*, 2015a; Happ *et al.*, 2015b).

Vários estudos mostram que uma amostra clinicamente significativa de doentes em UCI, que estão inabilitados de falar, têm capacidade de comunicação e podem beneficiar de ferramentas e técnicas de comunicação alternativa e, inclusive, serem consultados por um terapeuta da fala (Happ *et al.*, 2015a; Leung *et al.*, 2018).

Como ferramentas/estratégias facilitadoras da comunicação, os enfermeiros usam: quadros de comunicação, escrita (através de papel e caneta), listas de atividades/perguntas (com frases pré-estabelecidas) e solicitam a ajuda de outros profissionais (Holm & Dreyer, 2018; Happ *et al.*, 2015b; Karlsen, Heggdal, Finset & Heyn, 2018).

Um dos estudos analisados refere que os doentes mencionaram alguns métodos de comunicação que puderam usar, tais como: quadros de alfabeto, quadros de figuras, escrita, gestos, apontar e assistência na comunicação através de familiares. Embora todos os auxílios tenham sido descritos como úteis, os participantes também referiram alguns desafios nas tentativas de comunicação com alguns desses meios de comunicação alternativos. Relativamente aos quadros

de comunicação/alfabeto e à escrita, os participantes descreveram sentimentos de frustração por não conseguirem concluir toda a mensagem ou escreverem de forma legível. Uma das alternativas apontadas à escrita, é o uso e a adaptação de dispositivos táteis, conseguindo assim transmitir a mensagem de forma eficaz (Guttormson *et al.*, 2015; Leung *et al.*, 2018; Happ *et al.*, 2015b; Flinterud & Andershed, 2015; Karlsen *et al.*, 2018).

Apesar das alternativas apresentadas e da possibilidade de uma comunicação mais ampla, estas estratégias poderão ser pouco eficazes ou inviáveis devido à fraca condição do doente, instabilidade hemodinâmica, edema e mobilidade reduzida, fraca visão e analfabetização (Leung *et al.*, 2018; Flinterud & Andershed, 2015; Karlsen *et al.*, 2018).

2.3 – A TEORIA DA AUTO-TRANSCENDÊNCIA E A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO

A Teoria da Auto-Transcendência vê o ato de cuidar como uma forma da pessoa ser ela própria, de se relacionar e de se conseguir transcender, a quem lhe é dado o devido direito de poder escolher livremente, interagindo com o meio onde está inserida, sendo a saúde um elemento que lhe vai permitir desenvolver-se pessoalmente e enfrentar a vida em situações limite (Xavier *et al.*, 2014).

Para Jean Watson, o cuidado “consiste de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas” (Talento, 2000: 254) e “o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em determinado momento” (Talento, 2000: 254). A teórica refere ainda que considera a arte do cuidar como o atributo major que a Enfermagem tem para oferecer ao Homem (Talento, 2000), sendo a finalidade da prática ajudar as pessoas a atingirem um elevado patamar de harmonia entre a sua mente, o seu corpo e a sua alma, criando as condições necessárias para prevenir ou minimizar a forma como estas podem ser afetadas pelo stress do dia a dia, pelas condições sociais, pelos hábitos e estilos de vida adotados e pelo ambiente que as rodeia (Xavier *et al.*, 2014).

“A união de sentimentos pode potenciar a auto cura e a descoberta de energia e controle interno, contribuindo para que o Outro encontre significado na sua própria existência. Esta é a grande força atrativa da arte do cuidar transpessoal em enfermagem. Assim, os momentos de cuidado são coroados por sentimentos, emoções e expressões

mútuas, em grau diverso de intensidade, dependendo da situação, ao nível de autoco-nhecimento e reconhecimento dos interlocutores nessa interação. Desta forma, o cuidar é sempre transpessoal, porque transcende o 'eu' do cuidador, o 'eu' de quem é cuidado e transforma-o num 'nosso'." (Xavier *et al.*, 2014: 7).

A auto-transcendência pode ser expressa através de várias atitudes e perspetivas, traduzindo-se na partilha de sabedoria com os outros, adaptação às várias mudanças físicas (fruto da idade ou de processos de doença), aceitação da morte como parte integrante da vida e ir ao encontro de diferentes significados face aos momentos vivenciados no presente (Xavier *et al.*, 2014).

A UCI constitui um ambiente agressivo e hostil para com o doente crítico, que além de todo o stress físico provocado pelo processo de doença, pela dor e incapacidade, sente igualmente stress a nível psicossocial. A incapacidade de comunicar devido à ventilação mecânica invasiva é um dos fatores mais stressantes e que provoca mais vulnerabilidade ao doente. Os doentes referem principalmente sentirem medo por não compreender a situação que vivem, se voltarão a falar e grande frustração por não conseguirem transmitir mensagens de forma clara e perceptível (Matos, 2012), como mencionado anteriormente.

"A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados. As regras da técnica não podem só por elas levar-nos à compreensão dos seres humanos, das suas motivações, das suas estratégias de ajustamento à saúde e à doença, tanto como também não são suficientes para os ajudar a reconstituir-se. Só os factores 'caritivos', no seio dos quais figuram em bom lugar a comunicação e a relação de ajuda, são susceptíveis de inspirar um verdadeiro processo cuidativo de enfermagem." (Phaneuf, 2005: 13).

Conseguir compreender o que um doente ventilado tenta transmitir, dando-lhe 'voz', vai permitir-lhe conseguir ultrapassar ou pelo menos ajustar-se à situação limite que está a viver, superando a vulnerabilidade que está por detrás do momento, elevando as suas capacidades adaptativas, fazendo-o crescer pessoal e espiritualmente, adaptando-se e conseguindo alcançar o bem-estar e a paz necessária, transcendendo aquelas que eram as suas capacidades anteriores.

Em contexto de UCI, facilmente se associa a prestação de cuidados de enfermagem aos modelos biomédicos, no qual os enfermeiros priorizam a gestão de sinais e sintomas associadas à condição patológica do doente e as atividades de colaboração com o pessoal médico (Matos, 2012). Tendo em conta o que é preconizado pela profissão, a individualização e humanização dos cuidados tem de ser uma prioridade para a excelência dos mesmos, não se coadunando com o tipo de cuidados explanados anteriormente. Através de uma lógica de intervenções centradas nas relações inter-

personais, o enfermeiro deve procurar de forma constante a satisfação do doente, neste caso, traduzindo-se na capacidade de conseguir comunicar de forma eficaz, diminuindo o impacto negativo na vida da pessoa, ajudando-a a lidar e ultrapassar todas as dificuldades encontradas.

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O projeto de intervenção em serviço surge no contexto do Estágio Final que, como referido anteriormente, foi desenvolvido no período de 18 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, com a totalidade de 18 semanas, na UCIDEM.

Com vista à aquisição de competências de Mestre, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi desenvolvido e implementado um projeto de intervenção intitulado “Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos”.

A escolha deste projeto de intervenção deveu-se a três motivos chave, o primeiro, por ser uma área de interesse para os profissionais de Enfermagem que muitas vezes é negligenciada, o segundo, através da observação direta da prestação de cuidados e pela reflexão sobre a mesma e o terceiro, pela identificação de várias lacunas encontradas no cuidado à pessoa ventilada, nomeadamente no que concerne à comunicação eficaz com a mesma.

O projeto de intervenção desenvolveu-se com recurso à Metodologia de Projeto. A Metodologia de Projeto tem como principal objetivo a resolução de problemas adquirindo, através da mesma, capacidades e competências específicas com recurso à realização de projetos em contextos reais (Ferrito *et al.*, 2010).

“A Metodologia de Projecto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.” (Ferrito *et al.*, 2010: 2).

A Metodologia é assim uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que se baseia naquilo que é considerado o conhecimento teórico para depois o aplicar na prática. Aplica-se em várias áreas e no que concerne aos cuidados de saúde, podemos abordar de forma mais específica quando aplicada aos cuidados de Enfermagem. O processo de enfermagem é um exemplo deste instrumento metodológico que permite identificar problemas, percorrendo etapas até à resolução e/ou minimização dos mesmos (Ferrito *et al.*, 2010).

Esta manifesta características específicas e elementares: assume-se como uma atividade intencional em que prevê um objetivo pelo qual o(s) autor(es) do projeto trabalha(m), chegando àquilo que será o produto final; fomenta a capacidade de iniciativa e autonomia do(s) interveniente(s), bem como a sua colaboração em grupo, caso seja necessário; pressupõe autenticidade e genuinidade, para quem escolhe trabalhar um problema em específico; envolve complexidade e incerteza nas atividades a serem desenvolvidas; e desenvolve-se por fases, sendo metódico e prolongado no tempo, com recurso a várias etapas (Ferrito *et al.*, 2010).

“A metodologia de projecto é assim constituída pelas seguintes fases:

- Elaboração do Diagnóstico da situação;
- Planificação das actividades, meios e estratégias;
- Execução das actividades planeadas;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados obtidos.” (Ferrito *et al.*, 2010: 5).

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Na etapa do diagnóstico da situação, os problemas são definidos de forma quantitativa e/ou qualitativa, definindo-se prioridades, pesquisando as causas possíveis dos mesmos e selecionando-se depois os intervenientes e recursos necessários para a sua resolução (Ferrito *et al.*, 2010).

Dentro da complexidade que são os cuidados prestados pelos profissionais de Enfermagem que trabalham em UCI, está a prestação de cuidados ao doente ventilado mecanicamente que é um dos mecanismos que mais suporte dá à manutenção e recuperação das funções vitais. Os enfermeiros adquirem um papel de extrema relevância neste contexto, pois pressupõem-se que a evolução positiva do doente depende dos cuidados contínuos, permitindo a identificação de problemas que possam influenciar negativamente as suas necessidades (Rocha, Rocha, Neto, Gomes & Cisne, 2017).

A ansiedade e a dor são encontradas com frequência nos doentes em contexto de cuidados intensivos. A grande maioria destes doentes em situação crítica estão mecanicamente ventilados, e sob o efeito de sedativos e/ou analgésicos, o que lhes permite um alívio da ansiedade e da dor, prevalecendo o seu conforto, e proporcionando uma adaptação mais fácil à ventilação e à prestação dos demais cuidados (Pinto, 2011).

Apesar de se encontrarem entubados orotraquealmente, as novas diretrizes acerca da sedação do doente preconizam dosagens e fármacos que proporcionem um efeito mais leve, diminuindo assim o risco de efeitos adversos que estão associados ao uso excessivo destas drogas (Noguchi *et al.*, 2019).

Doentes levemente sedados demonstraram que querem comunicar, independentemente da sua situação crítica, das suas fragilidades físicas e da sua dependência das tecnologias (Noguchi *et al.*, 2019). Contribuir para uma maior probabilidade do doente comunicar e interagir com o meio envolvente é um fator importante para a melhoria da prestação de cuidados e para a sua própria reabilitação, evitando o isolamento, a confusão e as complicações associadas à perda da capacidade de falar (Handberg & Voss, 2018).

Os factos acima descritos apontam a importância do tema do projeto e a necessidade de a sua população em estudo serem os profissionais de Enfermagem.

No decorrer dos primeiros dias na UCIDEM foi possível retirar algumas relações, através da observação direta da prestação de cuidados e de conversas informais, concluiu-se que não havia uma uniformização na abordagem à comunicação com o doente ventilado e a equipa não possuía muitas estratégias e instrumentos que pudessem facilitar tal processo.

De forma a confirmar-se tais relações, recorreu-se à construção de questionários (apêndice II), dirigidos a todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira, de preenchimento fácil e direto. Estes foram colocados ao dispor no serviço (26 exemplares), durante o período de 2 semanas, sendo preservada a confidencialidade e anonimidade de cada elemento que assim o pretendesse preencher.

No que diz respeito ao uso de questionários como um instrumento de diagnóstico, estes podem ter variadíssimos aspetos de acordo com quem os responde e a liberdade que tem para o fazer. Relativamente à objetividade, face a situações limitadas no tempo e no espaço, e do tratamento de dados necessário, há a necessidade e importância de quantificar, tratar e avaliar estatisticamente as respostas, de forma a conseguir analisar os resultados da melhor forma (Ferrito *et al.*, 2010).

O instrumento formulado divide-se em dois grupos de perguntas, sendo maioritariamente de escolha múltipla, com exceção da última questão do grupo II que é de resposta livre e tinha como objetivo principal avaliar a perceção dos enfermeiros quanto à importância da comunicação com o

doente ventilado. O grupo I aborda a ‘Caraterização da equipa de enfermagem da UCIDEM’ e apresenta 5 questões e o grupo II trata a ‘Perceção da equipa de enfermagem quanto à importância da comunicação com o doente ventilado’ e contém 6 questões.

Dos 26 exemplares que foram colocados no serviço, só foram respondidos 15 questionários. Um dos fatores que influenciou a um número mais elevado de questionários em branco deve-se ao facto de haver elementos em falta no serviço, nomeadamente a gozar férias, de licença de maternidade e/ou com atestado médico.

Uma vez que as respostas apresentadas no grupo I já foram expostas no capítulo I do presente relatório, segue-se o gráfico que representa as opções escolhidas referentes às questões do grupo II.

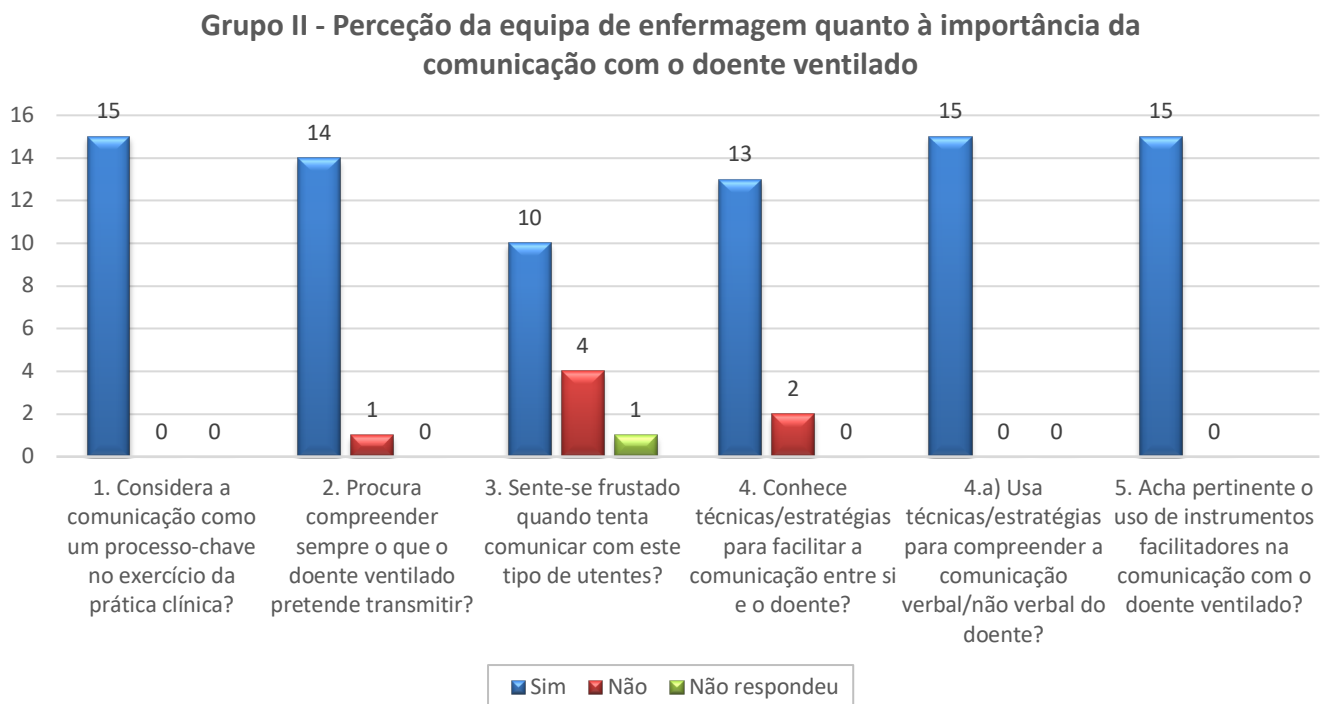


Gráfico nº 1 – Frequência de respostas ao Grupo II ‘Perceção da equipa de enfermagem quanto à importância da comunicação com o doente ventilado’ do questionário inicial

Fonte – Construção própria

Todos os elementos da UCIDEM consideram a comunicação como um processo crucial para o desenvolvimento da prática clínica, sendo que a sua maioria tenta compreender sempre o que o doente tenta transmitir. No entanto, a frustração é um sentimento partilhado por alguns elementos neste tipo de interação. Apenas dois elementos negam ter conhecimento de técnicas e estratégias

que possam melhorar e inclusive, facilitar a comunicação entre os mesmos e os utentes, embora todos refiram na questão 4.a) que usam técnicas/estratégias para compreender a comunicação verbal/não verbal do doente. A totalidade considera pertinente o uso de instrumentos facilitadores no processo.

A última pergunta do questionário, mais precisamente do grupo II, como referido anteriormente, trata-se de uma pergunta de resposta aberta e questiona o seguinte: ‘Que instrumentos facilitadores da comunicação utiliza com o doente ventilado?’. De forma a fazer jus a todas as respostas, compilaram-se alguns excertos:

“... Folha com atividades de vida diárias [sic].”.

“Folha com letras/palavras chave para o doente indicar... Pedir ao doente para escrever caso consiga... [sic]”.

“... Gestos/Contacto visual/ Aproximação física/Toque... [sic]”.

“Falar pausadamente e de frente para o doente. Utilizar alguns gestos para melhorar a comunicação [sic].”.

Vários são os profissionais que destacam o uso de um quadro/instrumento que contenha o abecedário ou palavras-chave, bem como o uso de papel e caneta e o recurso a gestos para facilitar a comunicação. Exemplos como o uso de um tablet, imagens, perguntas simples e a leitura de lábios também são mencionados. A leitura de lábios apenas é possível no doente que esteja ventilado através de traqueostomia.

A análise dos questionários permitiu assim justificar e reforçar a necessidade de se trabalhar com a equipa de Enfermagem a necessidade de melhoria da comunicação entre estes e o doente ventilado. Mais do que comunicar, trata-se de o fazer de forma eficaz e o mais individualizada possível, possibilitando o outro de se exprimir e fazer valer as suas vontades, valores e necessidades.

3.2 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

“Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.” (Ferrito *et al.*, 2010: 18).

Estes irão assumir um papel de representação antecipada das ações que se pretender realizar, pois é um ponto fulcral na elaboração dos projetos. Um ponto de partida que irá servir de foco àquilo que se pretende concretizar (Ferrito *et al.*, 2010).

Como objetivo principal para o desenvolvimento do projeto de intervenção, definiu-se:

- Promover a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, submetida a ventilação mecânica invasiva.

Como objetivos específicos, propôs-se:

- o Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação do enfermeiro com o doente ventilado e as estratégias a adotar;

- o Adaptar instrumento facilitador da comunicação entre enfermeiro/doente ventilado à realidade da UCIDEM;

- o Ministrar formação em serviço no âmbito da comunicação do enfermeiro com o doente ventilado – apresentação do instrumento.

3.3 – PLANEAMENTO

Este projeto de intervenção foi delineado com base no diagnóstico da situação e nos objetivos que foram traçados, através de estratégias formativas, pretende colmatar as lacunas e as dificuldades sentidas pelos enfermeiros da UCIDEM.

Tendo em conta o caráter académico do projeto de intervenção, foi necessário apresentá-lo e discuti-lo com a enfermeira responsável do serviço, com o diretor clínico do mesmo, com a enfermeira orientadora e com o professor orientador que deram o seu parecer positivo. Após o parecer positivo, foram feitas algumas reformulações ao projeto e foi elaborado e formalizado o pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA (apêndice III).

Cada objetivo específico foi criado no sentido de completar o mais possível o objetivo geral, e cada um tem associado ações e tarefas que permitem completar da melhor forma aquilo que se pretende alcançar, recorrendo ao uso da mais recente evidência científica, melhorando assim a relação entre o binómio enfermeiro-doente ventilado.

Relativamente ao objetivo específico ‘Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação do enfermeiro com o doente ventilado e as estratégias a adotar’, foi possível realizar através de pesquisa bibliográfica exaustiva acerca da comunicação do enfermeiro com o doente ventilado e as estratégias disponíveis, em bases de dados científicas, com base em descritores em saúde escolhidos através das plataformas Mesh e Decs (apêndice IV).

No que toca ao objetivo específico ‘Adaptar instrumento facilitador da comunicação entre enfermeiro/doente ventilado à realidade da UCIDEM’, foi feito um levantamento de todos os instrumentos existentes (através da pesquisa bibliográfica realizada para complementar o objetivo anterior) e criou-se aquele que seria o instrumento mais ajustado à UCIDEM, com recurso a um quadro de cores e letras, a cartões com frases simples e imagens alusivas a atividades e/ou sentimentos.

A seleção destes instrumentos e a agregação num só, foi realizada tendo em conta a dinâmica da equipa e aquilo que seria mais fácil e intuitivo de utilizar. Foi também tido em conta a utilização individualizada e isenta de riscos, sendo que o material usado foi escolhido a pensar na possibilidade de se desinfetar e evitar assim contaminação cruzada.

Por fim, no que concerne ao terceiro e último objetivo ‘Ministrar formação em serviço no âmbito da comunicação do enfermeiro com o doente ventilado – apresentação do instrumento’, foi compilada a informação mais importante e os aspetos principais da revisão integrativa da literatura que tinha sido realizada para concluir o primeiro objetivo específico. Foi feita uma apresentação (apêndice V) bastante intuitiva, sucinta e apelativa. Foram transmitidas as informações e as noções principais, de forma a que quem estivesse presente na formação, conseguisse esclarecer dúvidas e

apreender novos conceitos. Esta formação também teve como base, a explicação para a utilização do instrumento que foi criado para a UCIDEM.

As diferentes fases do planeamento do projeto de intervenção encontram-se explanadas em cronograma anexo (apêndice VI).

3.4 – EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O período de atividades foi estritamente planeado no início do estágio, de forma a conseguir-se cumprir os prazos estipulados e realizar as ações que tinham sido previamente estabelecidas.

A fase de diagnóstico da situação e definição da problemática decorreu entre setembro de 2020 e novembro de 2020, sendo que neste último mês foram executadas algumas tarefas, nomeadamente:

- Pedido de autorização para a realização do projeto ao Conselho de Administração (CA) da ULSNA;
- Recolha de dados para planeamento da atividade: foram elaborados os questionários iniciais, apresentados à enfermeira responsável pelo serviço, enfermeira orientadora e professor orientador e retificados. Após parecer positivo do CA (apêndice VII), foram disponibilizados à equipa de Enfermagem.

Durante os meses de novembro e dezembro de 2019, seguiu-se a pesquisa bibliográfica e a elaboração da revisão integrativa da literatura, bem como o tratamento dos dados colhidos junto da equipa de enfermagem e a escolha e adaptação do instrumento facilitador da comunicação. Foi um momento fulcral da realização do projeto de intervenção pois permitiu fundamentar todos os objetivos que foram estabelecidos, criando uma base científica sólida onde foram suportados todos os conteúdos elaborados. Privilegiou-se um espaço temporal pequeno (2014-2019), de forma a agregar apenas a mais recente evidência. Foi possível confirmar a importância que uma comunicação eficaz entre o enfermeiro-doente ventilado, tem nos *outcomes* do doente e naquele que vai ser o seu futuro, além de que faz com que os cuidados prestados sejam de maior qualidade, mais individualizados e especializados. Obteve-se o conhecimento de um conjunto de opções alternativas de comunicação comparativamente às comumente utilizadas, tendo sido abordado o

conceito de 'Comunicação Aumentativa e Alternativa'. Através desta pesquisa, foi possível fazer uma coletânea de relatos de enfermeiros e doentes, acerca dos sentimentos que se geram através de uma má comunicação (ou inexistente) – esta foi uma estratégia que acabou por se adotar na apresentação final, fazendo com que a equipa de Enfermagem da UCIDEM visualizasse os sentimentos negativos que se podem geram quando não há cuidado com o que o doente pretende transmitir.

Nos meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, seguiu-se a criação e otimização da formação em serviço, a apresentação e retificação dos elementos à enfermeira responsável do serviço e à enfermeira orientadora, e por fim, a apresentação da formação em serviço à equipa de enfermagem. Como supracitado, foi elaborada com base na pesquisa bibliográfica e na revisão integrativa elaborada, tendo sido concebida focando apenas os conceitos chave, mostrando a realidade e aquilo que a comunidade científica estudou nos últimos tempos acerca do tema, bem como os testemunhos de vários enfermeiros e doentes que se encontraram em diferentes fases dos cuidados, nomeadamente relacionando o uso ou não de instrumentos aumentativos e alternativos de comunicação. Por fim, foi apresentado o instrumento elaborado para integrar a prestação de cuidados na UCIDEM, tendo sido realizados alguns exercícios práticos.

Após a formação em serviço, procedeu-se à avaliação de conhecimentos dos formandos através da realização de um questionário (apêndice VIII). Este abordava o tema da formação e foi elaborado tendo em conta o primeiro questionário que tinham preenchido numa fase mais inicial do projeto de intervenção, fazendo ênfase naquilo que seria a evolução de conhecimentos face ao tema. Foi também realizada uma entrevista aberta aos formandos, em grupo, de forma a conseguir compreender se apreenderam todos os conceitos e o que poderia aquela formação alterar na sua prestação de cuidados do dia-a-dia.

O questionário distribuído era composto apenas por um grupo de perguntas, sendo 5 de resposta múltipla e 2 de resposta livre. Foram completados 8 questionários, tendo em conta que foram preenchidos apenas pelo número de elementos que assistiram à formação. Uma das razões pela qual se crê que tenha havido pouca adesão à formação, foi o facto de a equipa não querer despende de tempo de descanso para ir ao serviço, tendo ainda mais em conta que houve um grande volume de formações em serviço durante aquele mês. Esta fraca adesão pode ser trabalhada através da implementação de pequenas estratégias chamativas, nomeadamente: disponibilização da formação na plataforma *Intranet* (sendo possível o seu acesso por todos os profissionais do serviço); envio da mesma através do e-mail institucional e mostrar disponibilidade

para esclarecimento de dúvidas e sugestões; motivar e combinar estratégias de adesão à utilização dos materiais disponibilizados com a enfermeira responsável da UCIDEM e mostrar abertura à repetição da formação em serviço, caso assim o desejassem. O gráfico seguinte espelha as respostas apresentadas ao questionário realizado após o término da formação:

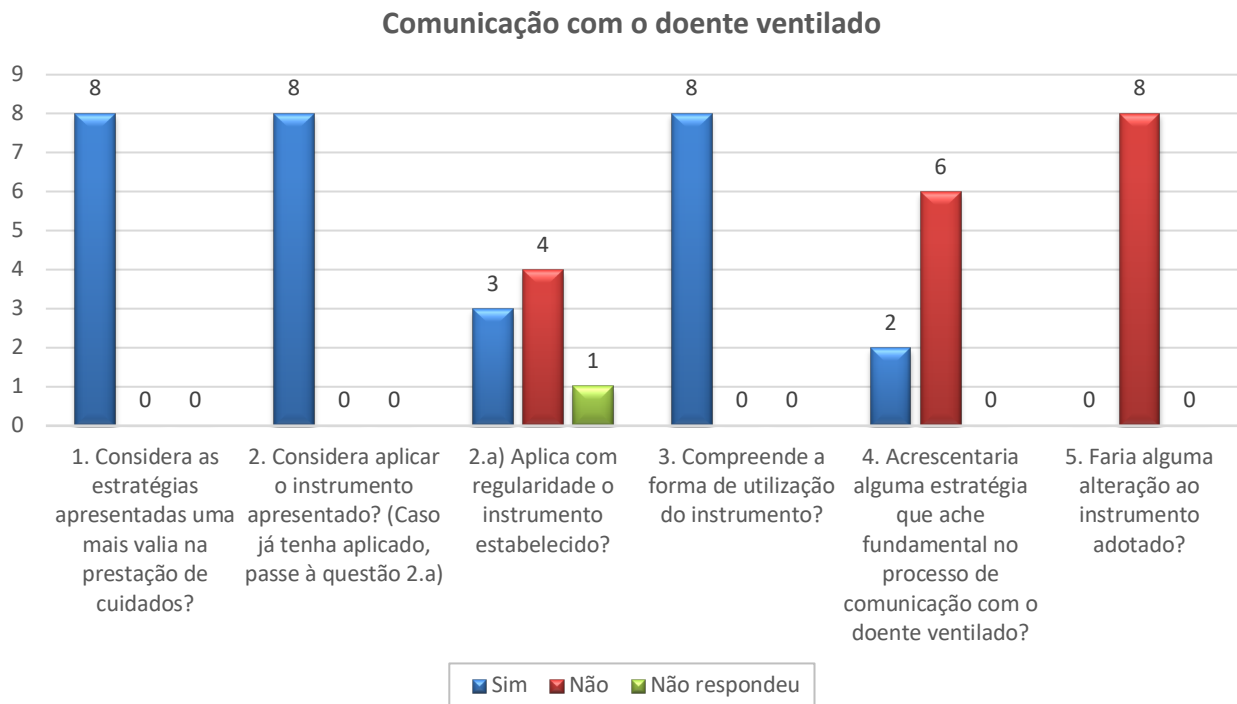


Gráfico nº 2 – Frequência de respostas ao questionário final

Fonte – Construção própria

Todos os elementos que estiveram presentes na formação em serviço consideraram as estratégias apresentadas como uma mais valia na prestação de cuidados e todos consideraram a hipótese de vir a utilizar o instrumento apresentado, no entanto aquando a questão ‘Aplica com regularidade o instrumento estabelecido’ alguns profissionais responderam ‘Sim’ o que leva a crer que a pergunta não foi interpretada da melhor forma, sendo que esta só faria sentido ser respondida aquando a segunda aplicação do mesmo questionário, ao fim de 6 meses. A generalidade compreendeu de forma eficaz a utilização do instrumento e apenas 2 pessoas consideraram acrescentar algo fundamental ao processo de comunicação enfermeiro-doente ventilado, sendo que apenas uma especificou o “Utilização efetiva do instrumento [sic].”. Nenhum dos elementos sugere ou acha necessário efetuar alterações ao instrumento apresentado.

A avaliação do projeto de intervenção deverá ser realizada após implementação do mesmo no serviço já referido. Esta seria passível de fazer a médio/longo prazo através da observação direta e sistemática da prestação de cuidados, realizada pela enfermeira responsável do serviço, definindo assim um objetivo acerca da comunicação com o doente ventilado no âmbito do sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros. A realização de uma nova aplicação do questionário final ao fim de 6 meses, seria igualmente benéfica para compreender a perceção dos enfermeiros acerca do tema abordado pelo projeto e se a aplicação do mesmo melhorou/facilitou a comunicação com o doente ventilado. Neste caso, apenas foi possível obter-se uma avaliação do conhecimento no momento imediato após à formação em serviço, sendo que a equipa correspondeu aos resultados.

No que concerne à divulgação dos resultados, tendo em conta que não foi possível avaliar formalmente a eficácia das ações traçadas e concluir com 100% de certeza que o objetivo principal foi atingido (devido à limitação temporal imposta pelo estágio final), todo o projeto de intervenção desenvolvido foi divulgado através da realização deste relatório final e através da realização da revisão integrativa da literatura e da formação em serviço ministrada. Desta forma, os dados trabalhados e a informação recolhida/analizada foram divulgados pela equipa de enfermagem da UCIDEM; será publicado posteriormente um artigo com a RIL, não esquecendo, a discussão e posterior disponibilização em acesso público deste relatório.

Segundo Ferrito *et al.* (2010), a divulgação dos resultados consiste num dever ético por parte do investigador, revelando-se fundamental a partilha dos resultados de forma a poder-se ter acesso aos mesmos, por parte da sociedade científica. Esta partilha deve englobar a informação mais pertinente, os tópicos relevantes, os aspetos negativos e positivos, limitações do estudo, bem como as hipóteses formuladas que não se conseguiram comprovar.

4 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC foi um dos principais objetivos das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. O título de enfermeiro especialista, a atribuir pela Ordem dos Enfermeiros, irá reconhecer competência técnica, científica e humana para poder prestar cuidados especializados na área escolhida, área esta reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2019: 4744).

As competências do enfermeiro especialista nascem através de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, há uma especialização e aperfeiçoamento daquilo que eram os seus domínios anteriores. Nas várias especialidades, encontramos domínios comuns, ou seja, existe um conjunto de competências que são comuns a todas as áreas – a atuação do enfermeiro é aplicável nos mais variados ambientes de cuidados, incluindo contextos primários, secundários e terciários (OE, 2019).

São apenas quatro os domínios das competências comuns, designadamente:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Destes quatro domínios, os mesmos subdividem-se em competências, seguidamente em unidades de competência, cujos critérios de avaliação “compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.” (OE, 2019: 4745).

4.1.1 – A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1. – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019: 4746) e A2. – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019: 4746): para se conseguir atingir da melhor forma o que cada competência preconiza, foi necessário mobilizar e pôr em prática conhecimentos que foram transmitidos anteriormente, aquando a realização das unidades curriculares do tronco comum do Mestrado em Enfermagem, nomeadamente a unidade curricular (UC) de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Sem as bases que foram transmitidas e lembradas, só a prática de situações anteriores não seria provavelmente a melhor forma de se conseguir atingir as competências necessárias. A ética e a deontologia andam de mãos dadas na profissão e é preciso basear a prestação de cuidados nas mesmas. Na abordagem aos doentes e famílias, foram sempre tidos em conta os aspetos ético-legais, normas e valores, protegendo quaisquer intromissões nas vidas pessoais e familiares, detetando e prevenindo eventuais situações de risco para a segurança e dignidade dos mesmos. Foi escrupulosamente analisado todo o processo e possíveis efeitos das tomadas de decisões quanto aos cuidados prestados à pessoa e aos seus envolventes.

Vários são os momentos em que o enfermeiro é colocado à prova e aí devem-se elevar os seus valores e normas morais, sendo que deve tratar e cuidar a pessoa com a maior dignidade possível. Para isso, foi necessário reler e examinar o Código Deontológico do Enfermeiro (Assembleia da República [AR], 2015), focando nos artigos n.º 99 (princípios gerais da profissão), n.º 100 (dos deveres deontológicos em geral), n.º 102 (dos valores humanos), n.º 103 (dos direitos à vida e à qualidade de vida), n.º 104 (do direito ao cuidado), n.º 106 (do dever de sigilo), n.º 107 (do respeito pela intimidade) e n.º 108 (do respeito pela pessoa em situação de fim de vida). A escolha destes artigos não foi aleatória, mas retratam aquilo que para mim é a base dos cuidados com humanidade, compaixão, empatia e acima de tudo, com respeito. Com frequência somos

deparados com situações cruciais, de vida ou de morte, e temos em mão decisões que podem ser bastante penosas e cabe ao enfermeiro conseguir decidir concomitantemente com a equipa multidisciplinar de forma transparente e objetiva aquilo que será o melhor e o desejo da pessoa que cuida. Estas decisões tornam-se mais objetivas e claras quando temos presente aqueles que são os princípios éticos da profissão.

Em contexto de estágio, várias foram as situações que me colocaram pensativa quanto a estes aspetos. Uma das situações que mais me marcou, tratou-se de um doente em situação crítica que deu entrada na sala de emergência do SUMC, com mau prognóstico, sem identificação, e que devido ao seu mau estado geral, não foi possível comunicar com o mesmo, nem saber as suas reais necessidades e/ou vontades. Todo o esforço implementado, o rodopio de intervenções e cuidados prestados seriam a vontade da pessoa? Umas horas antes, era alguém que tinha desejos, família, alguém que desempenhava um papel no seio familiar e na comunidade, e naquele momento, era apenas alguém não identificado, cuja situação era tão crítica e irreversível que foi decretada morte cerebral. E depois? Foi conseguido a identificação da pessoa e posteriormente os contactos de familiares. Afinal aquele homem tinha uma família e seria necessário preparar a mesma para a notícia de uma situação trágica e da morte do seu ente querido. No entanto, essa pessoa que naquele momento não voltava mais, seria uma esperança para uma grande quantidade de doentes. Era um potencial dador de órgãos. Toda esta situação teve de ser gerida no seio da equipa, e planeada da melhor forma, porque o que nos foi possível fazer por aquele homem, foi feito. Mas a família também precisava de ser cuidada. Foi das situações que mais ensinamentos me trouxe e hoje consigo perceber que o meu trabalho não termina no momento em que os meus cuidados ao doente crítico deixam de ser necessários, pois ainda há um longo caminho a percorrer em torno destas trágicas situações. A privacidade e a dor da família foram respeitadas. Os seus desejos foram ouvidos e foram tidos em conta os seus valores. Mais do que um acidente trágico, aquele homem teve uma morte o mais digna possível, e aqueles que lhe eram próximos puderam ser ouvidos, e acima de tudo, puderam-se despedir. Posteriormente a este episódio, passei por uma situação semelhante na UCIDEM, mas foi algo mais controlado. Era uma situação que se previa, o ambiente em si é mais controlado, e a forma como soube gerir o momento foi mais eficaz. As variáveis eram diferentes e já tinha tido uma aprendizagem anterior que naquele momento fez toda a diferença. A privacidade do utente e da família foram amplamente respeitadas e a dignidade humana preservada.

Quanto ao sigilo profissional, e sendo um tema bastante sensível devido à proteção de dados, foi um dos principais focos na prática diária. Posso afirmar com segurança que todos os cuidados prestados foram baseados no sigilo e na confidencialidade que a profissão assim o exige. Independentemente de trabalhar num serviço com um ambiente controlado, como a UCIDEM, onde há a possibilidade de resguardar o mais possível a pessoa através de unidades independentes e cortinas, ou na prestação de cuidados do SU, onde a maioria das pessoas estão expostas numa sala de cuidados ou num corredor. Cabe ao profissional garantir ao máximo este aspeto.

A reflexão acerca deste domínio permite-me ter uma maior consciencialização acerca dos meus deveres e dos princípios com os quais pretendo reger-me como profissional de enfermagem. Sendo assim, e tendo em conta toda a responsabilidade pessoal e profissional com que me guio, afirmo que as competências acima descritas foram atingidas de forma plena.

4.1.2 – B. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio supracitado, podemos observar as seguintes competências: B1. – “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (OE, 2019: 4747), B2. – “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019: 4747) e B3. “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019: 4747).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, na busca pela “excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação” (2017), pelo que “faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar” (2017). Estes conceitos pertencem às premissas daqueles que são os Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica e para conseguir alcançar tais premissas, foi necessário adequar e traçar ações que fossem de encontro às mesmas.

Durante os dois estágios, procurei desenvolver conhecimentos teóricos através de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas, de forma a conseguir colaborar da melhor forma na

melhoria dos cuidados prestados. Uma prática baseada na segurança permite que se crie um ambiente isento de erros, propício ao bem-estar do utente, com disponibilidade e confiança, caráter de confidencialidade e uma melhor gestão do risco; em ambos os serviços, foi possível consultar e assimilar protocolos, normas e instruções de trabalho existentes – é de salientar que no estágio que decorreu no SUMC foi elaborado uma proposta de instrução de trabalho (apêndice IX) que permitirá ao serviço melhorar os seus procedimentos; procurei conhecer e identificar projetos e programas de melhoria contínua da qualidade dos serviços em questão, através de recolha de informação junto dos enfermeiros responsáveis de serviço e dos enfermeiros orientadores (por exemplo, o Sagris - programa da *Intranet* - que permite o registo de ocorrências em serviço, criando assim indicadores de qualidade); foram prestados cuidados de enfermagem especializados que eliminassem ou atenuassem o desconforto físico, psicossocial, cultural e espiritual sentido pela pessoa.

Nos dois estágios, percecionei uma grande capacidade de organização por parte da equipa multidisciplinar, sendo que em ambos os serviços, por exemplo, existem já caixas pré-concebidas (os chamados *kits*) com material para determinados procedimentos: são excelentes no que diz respeito ao planeamento e gestão da prestação de cuidados, evitando tempo que se perde e falta de material que pode ser crucial num ambiente de urgência ou emergência.

As discussões de ideias junto dos orientadores, permitiu pensar e planear novas formas de intervir durante a prestação de cuidados. O *brainstorming* que se gera permite colocar à prova a capacidade de organização, resposta e boa prática de cuidados, através do pensar e do motivar para melhorar aquilo que é a prática atual. Pela experiência que tive, ao ministrar formação em serviço nos dois locais de estágio, posso afirmar que as equipas de enfermagem se encontravam parcialmente recetivas a novas ideias, sendo que embora os motivasse ouvir e aprender novas diretrizes, mostravam pouca disponibilidade para aderir às ações fora do seu tempo de trabalho. Esta desmotivação pode ser contornada de várias formas, como foi mencionado no capítulo anterior.

Uma das estratégias que optei por adotar para o meu enriquecimento pessoal e profissional, foi a adesão às V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (anexo I), decorridas entre 4 e 5 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária, em Lisboa. A formação contínua permite aumentar conhecimentos e consolidar muitos que já tinham sido anteriormente apreendidos.

Por fim, o desenvolvimento, organização e implementação do projeto individual, permitiu a mobilização de conhecimentos teórico-práticos, detendo conhecimentos avançados sobre as áreas a que me propus trabalhar, permitindo uma maior capacitação da minha parte quanto aos pontos

acima descritos, contribuindo assim para aquilo que será a melhoria dos serviços onde desenvolvimos os estágios.

Tendo em conta tudo o que foi acima descrito, considero atingidas as competências referidas neste ponto.

4.1.3 – C. Domínio da gestão dos cuidados

C1. – “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019: 4748) e C2. – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019: 4748): para a obtenção de tais competências, procurou-se identificar os fatores-chave necessários para uma liderança assertiva; promoveu-se um ambiente de união no seio da equipa multidisciplinar, otimizando assim a prestação de cuidados; sempre que possível, houve uma preocupação na gestão dos recursos humanos (e consequente supervisão e orientação nas tarefas delegadas), materiais e físicos da melhor forma, tendo em conta as limitações dos serviços, e a capacidade dos mesmos; foi observado e procurei refletir naquilo que é o clima organizacional e o impacto que a liderança pode provocar na dinâmica e motivação dos profissionais; e por fim, todas as situações e os momentos de aprendizagem foram usados para desenvolver estratégias de comunicação, adequadas às ocasiões, que promovam a recolha e exploração de informações pertinentes.

Várias foram as situações em que pude observar o desempenhar de funções de gestão e liderança, não tendo eu praticado de certa forma tal papel. Como observadora, vários foram os momentos que pude refletir sobre aquilo que seriam as melhores práticas e os exemplos a seguir. Mais particularmente na UCIDEM, tendo sido o estágio de maior duração, acabou por se tornar mais fácil a observação desta competência. Neste serviço, a enfermeira responsável e que desempenha um papel de gestão e chefia, tem a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que na minha ótica me parece o mais adequado, tendo em conta as especificidades do mesmo.

Durante a semana, e sempre que possível, a enfermeira responsável assiste à passagem de turno e retira as suas próprias notas para referências futuras (o mesmo foi observado no SUMC, em que a enfermeira chefe, quando possível, assistia à passagem de turno). É a mesma que efetua a distribuição do rácio enfermeiro-doente para o turno da manhã e da tarde, sendo que delega essa função

para os elementos com mais anos de profissão e/ou especialistas no turno nos fins de semana e nos turnos da tarde. Esta distribuição pelo rácio é feita com base na avaliação do sistema Tiss-28, como já foi anteriormente descrito neste relatório.

A gestão dos stocks e da reposição de material é feito diariamente pela enfermeira responsável e esta tem o cuidado de deixar todo o serviço o mais orientado e guarnecido possível para os dias/turnos em que se encontra ausente. Quando não está presente e é necessário algo, essas funções estão novamente delegadas nos elementos com mais anos de profissão ou que seja enfermeiro especialista.

De uma forma geral, os conflitos que surgiam no serviço, as decisões que eram necessárias tomar e as trocas de ideias que por vezes se geravam, foram sempre resolvidas da forma mais correta, assertiva e clara, desempenhando um papel de assessoria sempre que necessário. Organiza e coordena a equipa da melhor forma possível (capacidade observada em ambos os locais de estágio, por parte das chefias), adaptando o seu papel e estilo de liderança consoante a maturidade e a motivação dos profissionais em questão.

Através da observação direta do desempenho desta competência, e sendo impossível de a desempenhar no papel de aluna, considero ter atingido a mesma.

4.1.4 – D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio supramencionado, encontramos as seguintes competências: D1. – “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019: 4749) e D2. – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019: 4749).

As atividades desenvolvidas basearam-se na identificação e reflexão das dificuldades sentidas em estágio; planeamento de estratégias para a superação das dificuldades encontradas, junto dos orientadores; realização de pesquisa bibliográfica pertinente, baseada na mais recente evidência científica; realização de uma revisão integrativa da literatura com base num tema de interesse para o serviço.

O facto de ter passado por um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos, fez com que fosse necessário desenvolver características o mais adaptadas possível a esse tipo de ambiente. Foi possível crescer como pessoa (emocional e racionalmente) e como profissional (técnica e comunicacionalmente), conseguindo lidar e adaptar-me o mais possível aquele que é o carácter crítico e duro que este tipo de serviços pode ter.

A transmissão de más notícias era algo que me causava algum medo, principalmente pelo facto de não ter experienciado até à data a transmissão de notícias tão poderosas e duras. A maior parte destas, capaz de destruir vidas, principalmente quando não se está à espera. Creio que foi importante observar os pares e os restantes elementos da equipa multidisciplinar nesta tarefa, pois sem a ajuda deles e o seu exemplo, não seria tão fácil esta aprendizagem.

A relação empática e a assertividade na prestação de cuidados e na relação com o outro beneficiaram de todas as experiências ao longo dos momentos de estágio.

Como anteriormente explicado, algumas das competências conseguiram ser alcançadas através da fundamentação da prática na teoria fundamentada, ou seja, na prática baseada na evidência. Além da realização de uma revisão integrativa da literatura, foi também realizado um póster sobre nutrição no doente crítico ('Nutrição no Doente Crítico: Guidelines & Recomendações' – apêndice X) que ficou exposto na UCIDEM para partilha de conhecimento com os pares.

Saliento a importância que foram as unidades curriculares como Enfermagem Médico-Cirúrgica (1 a 5) e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada para o desenvolvimento e aplicação de conhecimentos e capacidades em contexto de estágio.

O desenvolvimento do projeto de intervenção permitiu-me também consolidar aquilo que é a metodologia de projeto, mais concretamente, a metodologia de projeto baseada nos cuidados de saúde.

Concluo que após o que foi referido acima, considero ter atingido a competência supracitada.

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018: 19359), o regulamento por si elaborado e publicado em Diário da República define o caráter de “competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção”.

O âmbito da especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como foco principal a pessoa que esta numa situação crítica, e por pessoa em situação crítica entenda-se que é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018: 19362).

No âmbito das competências específicas associadas à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), encontram-se três:

- 1 – “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19360);
- 2 – “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018: 19361);
- 3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018: 19362).

Dentro destas três competências, pode-se encontrar de igual forma às competências comuns, unidades de competência e respetivos critérios de avaliação.

Este sub-capítulo baseia-se numa reflexão sobre aquele que foi o percurso em contexto de estágio. Várias foram as atividades que me propus a desenvolver para atingir cada competência específica, pelo que passo a descrever cada uma, relacionando-as com a competência em concreto.

4.2.1 – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Esta competência subdivide-se em seis unidades de competência e seus critérios de avaliação, nomeadamente:

- 1.1 – “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2018: 19363);
- 1.2 – “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2018: 19363);
- 1.3 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018: 19363);
- 1.4 – “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2018: 19363);
- 1.5 – “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19363);
- 1.6 – “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19363).

Durante os estágios, pude contactar por diversas vezes com pessoas que apresentavam uma situação crítica e/ou com falência de pelo menos um órgão, tanto na sala de emergência do SU, bem como na UCIDEM. Tendo em conta a especificidade das situações, e tal como a OE (2018) especifica, há a necessidade de uma prestação de cuidados que seja altamente diferenciada e qualificada, de forma a conseguir-se dar continuidade à vida da pessoa, respondendo às suas necessidades e permitir manter aquelas que são as suas funções básicas para a vida, levando ao máximo a premissa de evitar complicações e limitações posteriormente, sempre com vista à total recuperação.

Posto isto, as intervenções de enfermagem foram planeadas, executadas e avaliadas em função da pessoa em situação crítica, com a melhor qualidade possível, em tempo útil e de forma autónoma; garantiu-se o conhecimento dos protocolos terapêuticos implementados, de forma a conseguir-se dar resposta de forma mais célere e segura; otimização da resposta em situação de

emergência e/ou maior instabilidade hemodinâmica; desenvolvimento de competências no âmbito do bem-estar físico, cultural, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica, bem como na dignificação da morte e nos processos de luto.

Este tipo de competências são bastante complexas e requerem muito trabalho, foco e disciplina para se conseguirem alcançar, além de que requer um enorme esforço físico e mental para se conseguir conjugar tudo o que é a teoria e a prática. Na verdade, sem prática as coisas tornavam-se muito mais difíceis de alcançar. O curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e o curso International Trauma Life Support (ITLS) foram ambos uma grande base para aquela que pode vir a ser a necessidade de intervenção junto da pessoa em situação crítica. Atualmente, não faz sentido profissionais de saúde que trabalham em serviços com emergências/urgências/doentes críticos não terem pelo menos a formação em suporte avançado de vida pois esta permite o treino de situação críticas em que a capacidade de resposta, destreza e orientação são fulcrais. A própria posição de *Team Leader* que um dos elementos envolvidos tem de adotar perante estas situações, pode igualmente ser trabalhada e otimizada, permitindo assim uma melhor resposta e com melhor prognóstico para a vítima. Sem dúvida, preparou-me para aqueles que podem ser alguns dos piores cenários, através de formações certificadas, prestadas pelas empresas Alento e Femédica.

Ao longo dos dois estágios, pude contactar com diversas pessoas que possuíam as mais diversas patologias, iniciando no foro cardíaco/respiratório, até à patologia renal. Conforme as patologias e falências associadas, assim era a especificidade dos procedimentos: na UCIDEM, tive a oportunidade de realizar colheitas de sangue para gasimetria, através de linhas arteriais, prestando todos os cuidados inerentes à manipulação e manutenção das mesmas; pude intervir em várias situações de *life saving*, tanto na UCIDEM como no SU, permitindo-me assim a mobilização de conhecimentos teóricos baseados na evidência recente e algoritmos que havia antes aprendido e consolidado; no SU, acabei por consolidar a leitura de traçados eletrocardiográficos, otimizando assim a interpretação em situações de instabilidade hemodinâmica, incluindo situações periparagem (permitindo assim a sua prevenção); no contacto com doentes ventilados, tive necessidade de recorrer aos manuais e a artigos científicos para compreender melhor a manipulação e leitura dos ventiladores, permitindo-me conseguir interpretar as ondas geradas e reconhecer quando a pessoa tem estímulo respiratórios, quando os parâmetros se encontram desajustados e a necessidade de acerto dos mesmos, bem como a necessidade de aspiração de secreções por exemplo.

Mais do que trabalho e prática da minha parte, a observação da prestação de cuidados por parte dos meus orientadores foi crucial. Por vezes, devido à especificidade dos procedimentos e das abordagens, sentia a necessidade de fazer uma observação direta mais intensa dos mesmos, de forma a conseguir compreender na totalidade o que se pretendia e a melhor forma de o executar. Através do inverso, também foi possível colmatar algumas lacunas e pequenos pormenores que para mim acabavam por passar despercebidos, mas para os orientadores fazia sentido serem executados. Através desta troca de experiências e de observações, consegui ‘afinar’ a minha prática o melhor possível, pois para mim faz sentido uma atuação rápida e eficaz mas depois de estabilizado o doente, há toda uma panóplia de acontecimentos e cuidados a prestar que já podem ser feitos de forma mais tranquila e aprimorada e não pode ser descurada.

Tal como mencionado anteriormente, foi possível assistir e participar na transmissão de más notícias à família, retirando estratégias necessárias para lidar e liderar no futuro momentos semelhantes. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), cabe ao enfermeiro especialista a gestão emocional decorrente da situação crítica vivida pelo doente e sua família, aquando o impacto inicial de uma notícia deste foro.

Como enfermeira especialista, terei de conseguir executar uma “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2017: 12), e uma vez que sou responsável pela terapêutica que administro, é impreterível consolidar conhecimentos nesta área. Em ambos os locais de estágio deparei-me com uma panóplia de fármacos que habitualmente não uso no meu local de trabalho, por essa mesma razão, tive de me concentrar em estudar as mais diversas formulações, modo de atuação, efeitos secundários e possíveis interações, pois de outra forma não estaria apta a prepará-los e administrá-los, não sabendo como atuar em caso de complicações após a administração. Dentro destas variedades, podia-se encontrar anestésicos e curarizantes, aminas, opióides, simpaticomiméticos, antibióticos, entre outros.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que o enfermeiro EEMCPSC faça “a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica” (2017: 11) e a “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (2017: 11) e foi com base nestas duas premissas que foi realizada a revisão integrativa da literatura e a formação em serviço, ambas com o título ‘Comunicação com o doente ventilado em cuidados intensivos’, que integram o projeto de intervenção em serviço. Graças ao desenvolvimento destas atividades, e de toda a base teórica que esteve por detrás das mesmas, foi possível melhorar de forma exponencial e eficaz

a forma como comunico com o doente ventilado, pois foram adotadas estratégias e o uso de materiais que facilitam a relação enfermeiro-doente ventilado. Através da melhoria da comunicação com o doente, torna-se mais fácil ir de encontro àquelas que são as suas perspetivas e os seus desejos, criando uma ligação entre a parte técnica dos cuidados e o bem-estar da pessoa. Não só se consegue gerir a comunicação de forma eficaz, potenciando uma relação terapêutica, como se torna mais fácil a avaliação, por exemplo, de sentimentos e sinais da pessoa. Não existe ninguém melhor para transmitir e quantificar/qualificar a dor que o doente sente, senão o próprio. Facilitando esta relação enfermeiro-doente, permite-nos uma melhor gestão por parte da relação com a família/cuidador, pois torna-se mais fácil de gerir a parte emocional, a ansiedade e os medos, quando se pode transmitir e partilhar alguma troca de informações que o doente tenha transmitido.

Em suma, o projeto de intervenção permitiu, na sua totalidade, atingir a competência específica 1., através de uma série de atividades e intervenções de caráter específico e especializado.

4.2.2 – 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Pressupõe-se que o enfermeiro especialista atue perante situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção ao planeamento e gestão da resposta eficaz e eficiente, prontamente e de forma ordenada e disciplinada, preservando todos e quaisquer vestígios aquando a presença de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Esta competência subdivide-se em cinco unidades de competência e seus critérios de avaliação:

- 2.1 – “Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018: 19363);
- 2.2 – “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe” (OE, 2018: 19363);
- 2.3 – “Planeia resposta à situação de catástrofe” (OE, 2018: 19364);
- 2.4 – “Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018: 19364);

- 2.5 – “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018: 19364).

Tendo em conta os locais de estágio e a dinâmica dos mesmos, não é possível abordar esta competência na sua plenitude, mais precisamente na totalidade do seu sentido prático, no entanto, optei por inteirar-me do protocolo de atuações em situações de catástrofe do Hospital Doutor José Maria Grande, nomeadamente no serviço da UCIDEM. Conhecendo o protocolo geral e o protocolo de atuação dirigido ao serviço onde me encontrava a desempenhar funções, permitia-me poder atuar em caso de necessidade.

É de salientar que em situações como as supra indicadas, o enfermeiro especialista deve em toda e qualquer altura assegurar as condições de segurança, pois sem estas não é possível qualquer atuação por parte dos profissionais. No caso de existirem várias vítimas de trauma, a resposta deve ser adequada às mesmas, tendo sempre presente que a vítima é um todo e não apenas aquilo que percecionamos num primeiro instante.

É necessário termos presentes as indicações que há e os protocolos existentes nos serviços acerca da necessidade de efetuar triagem de vítimas (a existência de um sistema de triagem que promova o atendimento com base nas prioridades clínicas e capacidade de recuperação funcional, é essencial), circuitos de evacuação e transporte e as recomendações e orientações mais recentes para a prestação de cuidados. Só desta forma se conseguirá dar uma resposta de forma coordenada e capaz.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um organismo pertencente ao Ministério da Saúde “responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (INEM, 2020: 1). De forma a conseguir desenvolver as unidades de competência previstas na competência 2., optei por realizar dois estágios de observação no INEM, sendo que foram realizados dois turnos na viatura de Suporte Imediato de vida (SIV) e um turno na VMER.

Apenas tive uma saída na VMER, sendo que a ocorrência se tratava de um indivíduo de sexo masculino, com idade avançada, com alterações do estado de consciência. À chegada ao local, foi estabilizada a vítima e efetuado o seu transporte para o hospital de referência, neste caso o HDJMG.

Foi possível observar as dinâmicas envolvidas no domínio do pré-hospitalar, inteirando-me daquele que é o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e as suas valências e diferentes atuações.

Importa salientar a relevância que a unidade curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 teve na possibilidade do desenvolvimento de capacidades necessárias à competência referida. A realização do trabalho final da UC, um poster intitulado 'Perturbação de Stress Pós-Traumático em Enfermeiros na Área da Emergência', consolidou essas mesmas capacidades, uma vez que houve a necessidade de pesquisar conceitos, reunir informação científica, seleccioná-la, analisá-la e sintetizá-la.

Tendo em conta as limitações do meio envolvente, e considerando as atividades que desenvolvi de forma a atingir a competência em questão, afirmo que esta foi desenvolvida e atingida.

4.2.3 – 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

A IACS, não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção.” (OE, 2017: 10).

Tendo em conta o risco de infeção face aos variados contextos de atuação, o tecnicismo e a tecnologia envolvida nos cuidados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista necessita de responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2017).

Grande parte dos procedimentos usados para a manutenção das funções vitais são invasivos, tendo como exemplos, a colocação de cateteres venosos centrais, cateteres para realização de

técnicas dialíticas, cateteres vesicais, linhas arteriais, aspiração de secreções através de tubos orotraqueais ou traqueostomias, exames complementares de diagnóstico, entre outros.

Relativamente a esta competência, seguem-se duas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação:

- 3.1 – “Concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19364);
- 3.2 – “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19364).

Aquando a realização de técnicas invasivas ou a manipulação de sistemas e panóplias dos doentes, houve um cuidado constante, seguindo os princípios da assepsia e controlo de infeção estipulados, tendo tido a oportunidade de colaborar com o pessoal médico em vários procedimentos deste foro.

Foram vários os momentos em que tive acesso e pude ler e analisar a informação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), disponibilizado na *Intranet*, da ULSNA. Sendo um tema tão preocupante na atualidade, que requer um maior foco por parte dos profissionais de saúde, foi estipulado no estágio do SU, juntamente com o enfermeiro orientador, a realização de uma instrução de trabalho denominada ‘Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico’. Nesta foram agrupadas as mais recentes evidências científicas com recomendações e *guidelines* acerca do assunto. Esta instrução de trabalho surgiu através da realização de uma revisão integrativa da literatura (apêndice XI), que já se encontra publicada na Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento (RIASE), e que deu origem a uma formação em serviço (apêndice XII) ministrada durante o período de estágio.

Durante o estágio da UCIDEM, tive a oportunidade de contactar com doentes que necessitavam de isolamento devido à presença de microrganismos multirresistentes, o que levou a um maior conhecimento e consolidação de conceitos e abordagens anteriormente já lecionados.

Para atingir a competência 3., foram identificadas e verificadas as normas, protocolos e planos de prevenção e controlo de infeção presentes nos serviços; foi promovido um ambiente propício à prevenção e controlo da mesma; e as intervenções de enfermagem foram executadas com base nas premissas mais recentes e que maximizassem a maior prevenção possível das IACS, quando possível.

Durante os estágios, umas das intervenções que mais executei foi a aspiração assética de secreções em doentes ventilados. Apesar de ser uma técnica muito estudada e desenvolvida ao longo dos anos, ainda se associa à pneumonia associada à ventilação (PAV), cujos valores em 2017 (últimos dados conhecidos) referiam uma densidade de incidência de PAV por 1000 dias de entubação de 6,6 (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2018).

A consulta do documento Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário 2018 e a pesquisa e leitura do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS permitiu-me consolidar conhecimentos e fundamentar aquilo que é a minha prestação de cuidados diária.

Por fim, e sendo uma das medidas mais amplamente conhecidas e usadas, cumpri de forma escrupulosa aquela que é a base da prevenção e controlo de infeções, ou seja, a lavagem das mãos e os seus cinco momentos. Estas são um veículo importante na transmissão de microrganismos e cabe aos profissionais de saúde evitar essa cadeia de propagação.

Conforme acima descrito, considero que a competência tenha sido totalmente atingida.

5 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Todo o percurso desenvolvido ao longo dos últimos dois anos permitiu adquirir competências comuns e específicas na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, mas foi um caminho partilhado para alcançar igualmente competências de Mestre em Enfermagem.

Sendo assim, o atual Mestrado em Enfermagem guia-se de forma a que o mestrando possa alcançar as sete competências que estão preconizadas de forma a conseguir obter o grau de Mestre, as quais são:

¹ Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

Em ambos os estágios, trabalhei o mais possível para conseguir uma prestação de cuidados de forma diferenciada: fundamentada num assento teórico-prático, observei, planeei diagnósticos e intervenções de enfermagem, de forma autónoma e tendo em conta aquilo que é preconizado, avaliando os resultados obtidos e fazendo assim a gestão dos cuidados. Procurei a autonomia sempre que possível e isso verificou-se tanto no internamento da Unidade de Cuidados Intensivos, bem como na sala de emergência do Serviço de Urgência.

Um dos momentos de aprendizagem que mais me fez crescer, prendeu-se com a atuação numa situação de urgência, em que participei de forma ativa na abordagem ABCDE em conjunto com os pares, integrando-me naquele que era um trabalho de equipa com uma abordagem *life saving*, seguindo mentalmente os protocolos que havia aprendido e conseguindo interpretar cada passo seguinte necessário. A equipa funcionou como se de uma orquestra se tratasse: cada um com a sua função e antecipando o que seria necessário no instante a seguir.

² Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

Através da realização de revisões integrativas da literatura, realização de um poster informativo, formações em serviço e a criação de uma instrução de trabalho, foi possível elaborar, contribuir e partilhar a evidência científica mais recente. Na participação destas atividades, os pares tiveram a oportunidade de aumentar os seus conhecimentos e atualizar noções que já tinham anteriormente. Quanto a mim, fez-me crescer como Enfermeira e capacitou-me para um futuro em que poderei contribuir mais e da melhor forma para a comunidade científica.

³ Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

Como referido anteriormente, deparei-me com algumas situações onde era necessário tomar decisões de forma mais consciente possível e que preservasse a segurança do doente acima de tudo, para isso acontecer, foi necessário um crescimento gradual relativamente à minha capacidade para conseguir gerir a prestação de cuidados e a minha resposta a situações complexas e do foro crítico. A minha experiência profissional anterior não me tinha permitido, até à data, lidar com este tipo de situações, pelo que iniciei um percurso em que precisei de beber todo o conhecimento e todas as oportunidades que me eram dadas de forma a conseguir evoluir o mais possível neste aspeto.

A comunicação entre mim e os enfermeiros orientadores foi imprescindível, pois eles eram as pessoas ideais para identificar as minhas falhas e ajudarem-me a crescer e direcionar-me para o melhor caminho. Foi com eles que discuti opiniões e experiências, conseguindo assim colmatar as lacunas e aperfeiçoar a minha prática diária, tendo em conta a responsabilidade ética e deontológica, profissional e social.

⁴ Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

O meu percurso até iniciar o Mestrado em Enfermagem foi sempre baseado na procura de mais conhecimento: através de formações certificadas, pesquisas bibliográficas, elaboração de artigos científicos e formações de nível diferenciado. Ao conseguir iniciar este projeto, não descurei essa procura por desenvolvimento e mais conhecimento. A par com o percurso do Mestrado, foquei-me na continuidade de procura por mais formação, realização de pesquisas por conhecimentos

teóricos baseados na mais recente evidência, fomentando assim uma prática de cuidados diferenciada e de maior qualidade.

⁵ Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

Todas as atividades realizadas durante a componente teórica, como as atividades desenvolvidas em estágio, permitiram-me trabalhar de forma proactiva com os pares, contribuindo para a união do trabalho em equipa e melhorando os relacionamentos interpessoais com os mesmos.

A proatividade só consegue ser alcançada, após a construção de uma base sólida de conceitos e conhecimentos teóricos de forma a suportar as minhas tomadas de decisões no contexto da prestação de cuidados.

⁶ Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

Uma das atividades que desenvolvi e vai de encontro à competência especificada, tratou-se da elaboração da formação em serviço ‘Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos’ e a adaptação de um instrumento facilitador da comunicação enfermeiro-doente ventilado. Para chegar ao produto final, necessitei de identificar os problemas do serviço (através de análise diagnóstica, nomeadamente questionários e entrevistas abertas), planear e intervir na formação dos pares. Procedi à avaliação, tendo em conta a investigação traçada e as políticas de saúde.

⁷ Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Conforme supracitado no capítulo anterior, foram desenvolvidas e aprofundadas atividades que permitiram alcançar de forma total as competências assim exigidas no âmbito da especialização em EMC-PSC.

Perante o disposto ao longo deste capítulo, considero que atingi de forma justa as competências de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

A produção do presente relatório permitiu materializar, através de profunda análise e reflexão, todas as intervenções que foram realizadas ao longo dos períodos de estágio, refletindo assim todo o percurso realizado no SUMC e na UCIDEM.

Os momentos de estágio são o momento ideal, com as circunstâncias perfeitas reunidas, para adquirir, mobilizar e aplicar competências na prática clínica. Competências estas que irão desenvolver um conjunto de saberes inerentes à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, proporcionando-me uma visão mais criteriosa relativamente à prestação de cuidados baseada na evidência. Além da aquisição de competências, este percurso permitiu crescer a nível pessoal e espiritual (além do nível profissional), transcendendo aquelas que eram as minhas capacidades e os limites que eu tinha imposto enquanto ser humano.

O Estágio I decorreu no SUMC, sendo o estágio de menor duração, e tratou-se de uma experiência que em tudo se revelou uma surpresa. Escolhi o Serviço de Urgência para o estágio menor por sentir-me pouco confiante quanto à dinâmica, no entanto, revelou-se ser um dos melhores serviços onde tive o privilégio de prestar cuidados. A experiência foi positiva por diversas razões, sendo que houve dois fatores que contribuíram em pleno para que tal acontecesse: a primeira prende-se com o facto de ter tido oportunidade de assistir a verdadeiras urgências/emergências; a segunda deve-se ao facto de ter tido um orientador que me transmitiu da melhor forma todo o conhecimento teórico-prático que possui, sendo ele um profissional que presta cuidados com extrema dedicação, conseguindo transmitir-me a mim a mesma paixão e dedicação ao serviço.

O Estágio Final realizou-se na UCIDEM, onde foi possível desenvolver o projeto de intervenção em serviço intitulado 'Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos'. Sendo a minha área de eleição, a Unidade de Cuidados Intensivos, esta era a escolha óbvia para eu definir um projeto e decidir desenvolvê-lo e implementá-lo. Graças à colaboração da minha enfermeira orientadora, consegui identificar as lacunas existentes no serviço e procurámos ir de encontro àquilo que poderia ser mais benéfico e trazer maior qualidade à prestação de cuidados. Segundo Cavaco *et al.* (2013), um dos pilares da enfermagem passa pela comunicação com o doente, sendo esta considerada uma das artes no cuidado holístico, fazendo assim parte integrante dos cuidados

de saúde. Sendo eu uma pessoa que valoriza não só o bem-estar físico mas o bem-estar mental e psíquico, optei por seguir pela vertente da comunicação entre o enfermeiro e o doente ventilado.

Conseguí despertar o interesse nos pares, quanto ao projeto desenvolvido, gerando assim a possibilidade de ser uma intervenção que no futuro esteja melhorada e possa fazer parte dos critérios de qualidade da UCIDEM. Mais do que uma melhoria na prestação de cuidados, preconiza-se um alcance do bem-estar e a auto-transcendência por parte do doente ventilado face à sua situação de doença, libertando-se daquilo que é a sua vulnerabilidade inerente ao momento, tal como Pamela Reed preconiza.

Uma das limitações identificadas no desenvolvimento do projeto, prendeu-se com a limitação temporal e os atrasos para a autorização do Conselho de Administração na sua realização, pelo que não foi possível fazer uma avaliação adequada após a sua implementação. Uma das formas de se contornar esta questão, teria sido acelerar o início dos trabalhos, ainda na etapa da identificação do problema, pois ao estruturar o projeto de intervenção mais cedo, mais cedo seria possível pedir o parecer do CA e, conseqüentemente, a sua resposta.

Pode-se concluir que todos os objetivos propostos para este relatório foram atingidos, bem como os objetivos delineados no início desta etapa, pois as competências comuns e específicas inerentes à EEMC-PSC e ao Mestrado em Enfermagem foram igualmente adquiridas.

Finalizar esta etapa não significa fechar portas ao conhecimento, pois a profissão e a arte estão em constante mudança e é essencial a necessidade de atualização da prática: “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (OE, 2019: 4749).

O meu percurso profissional melhorou, bem como a minha prestação de cuidados tendo em conta aquilo que é a minha realidade a nível de serviço. A minha capacidade de resposta, a atenção aos pequenos sinais, e a intervenção mais apta e segura irão permitir-me uma abordagem mais eficaz e competente junto do doente crítico.

BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M. (2014). *Nursing Theorist and their work* (8th edition). Missouri, United States of America: Elsevier.
- Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 181, 8059 - 8105.
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES] (2017). Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem. In *Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus*. Disponível em [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)
- Benner, P (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Cavaco, V., José, H. & Lourenço, I. (2013, junho). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? – revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 5(7), 4535-4543. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201329>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Dithole, K., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. & Moleki, M. (2017, dezembro). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 74(16), 1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Elliot, Z. & Elliot, S. (2018, março) An overview of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 28(32), 41-49. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10710>

- Ercole, F., Melo, L. & Alcoforado, C. (2014, janeiro-março). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 1(18), 1-11. Disponível em <http://reme.org.br/artigo/detalhes/904>
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M., Assenhas, A., Mirante, A., Silva, C., ... Pereira, H. (2010, Jan-Mar). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Revista Percursos*, 5, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fink, R., Makic, M., Poteet, A. & Oman, K. (2015, setembro-outubro). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 5(34), 301-308. Disponível em <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000128>
- Flinterud, S. & Andershed, B. (2015, agosto). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 15-16(24), 2295-2304. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12826>
- Guttormson, J., Bremer, K. & Jones, R. (2015, junho). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 3(31), 179-186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>
- Handberg, C. & Voss, A. (2018, janeiro). Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(25), 102-114. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Happ, M., Seaman, J., Nilsen, M., Sciulli, A., Tate, J., Saul, M. & Barnato, A. (2015a, janeiro-fevereiro). The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart & Lung*, 1(44), 45-49. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.010>
- Happ, M., Sereika, S., Houze, M., Seaman, J., Tate, J., Nilsen, M., ... Barnato, A. (2015b, setembro-outubro). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart & Lung*, 5(44), 408-415. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>

- Holm, A. & Dreyer, P. (2018, março). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 2(23), 88-94. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016, outubro). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 1(20), 333. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2017). O INEM. In *Instituto Nacional de Emergência Médica*. Disponível em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- Karlsen, M., Heggdal, K., Finset, A. & Heyn, L. (2018, julho). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(28), 66-79. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14633>
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F. & Hansen, H. (2017, outubro). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, (75), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
- Leung, C., Pun, J., Lock, G., Slade, D., Gomersall, C., Wong, W. & Joynt, G. (2018, abril). Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *Journal of Critical Care*, (44), 136-141. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.044>
- Martinho, C. & Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2(28), 132-140. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Matos, T. (2012). *Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem, Lisboa, Portugal.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. *Diário da República*, Série I-A, n.º 60, 2242-2257.

- Mortensen, C., Kjaer, M., Egerod, I. (2019, junho). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, (52), 35-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- Noguchi, A., Inoue, T. & Yokota, I. (2019, abril). Promoting a nursing team's ability to notice intent to communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (51), 64-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.006>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de Enfermagem* (2ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA; - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA; - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA; - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA*. Leiria, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 135, 19359 - 19370.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 26, 4744 - 4750.
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. (2005, junho). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2(39), 229-233. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>

- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Pereira, J. (2016). *A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA ENQUANTO FATOR DE INCLUSÃO DE ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial: Domínio Cognitivo-Motor). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H. & Parker, D. (2015). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews [Internet]. Adelaide, Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Pinto, F. (2011). *Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal – resultados de um inquérito nacional* (Relatório de Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República, Série I, n.º 157, 4147- 4182*.
- Reed, P. (2014). The Theory of Self-Transcendence. In Smith & Liehr, *Middle Range Theory for Nursing* (Third edition, pp. 109-139). New York, United States of America: Springer Publishing Company, LLC.
- Rocha, A., Rocha, F., Neto, J., Gomes, F. & Cisne, M. (2017, agosto). CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VENTILADO ARTIFICIALMENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Essentia, 1*(18), 41-53. Disponível em <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/35>
- Seker, Y., Hergunsel, O., Bostanci, I. & Zeydan, A. (2018). Utility of the Therapeutic Intervention Scoring System-28 to Predict Mortality in Intensive Care Units. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology, 1*(2), 35-39. doi: <https://doi.org/10.14744/ejmo.2017.00719>

- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017, novembro). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018, maio). MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. *Revista Investigação em Enfermagem*, 23(2), 31-39. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/links/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf?origin=publication_detail
- Sutton, L. & Jarden, R. (2017, novembro). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 6(22), 339-347. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12266>
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In George, J., *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª Ed. – pp. 253 – 265). Porto Alegre, Brasil: ArtMed Editora.
- The Joanna Briggs Institute [JBI] (2013b). JBI Grades of Recommendation. In *Joanna Briggs Institute*. Disponível em https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=/28706180/37552896/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
- The Joanna Briggs Institute [JBI] (2013a). JBI Levels of Evidence. In *Joanna Briggs Institute*. Disponível em https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=/28706180/37552895/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - EPE [ULSNA] (2020). Missão, Atribuições e Legislação. In *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>

Xavier, S., Nunes, L. & Basto, M. (2014, dezembro). Competência emocional do enfermeiro: a significação do constructo. *Pensar Enfermagem*, 2(18), 3-19. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/13927>

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Estágio



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.º Dr. Adriano Pedro

PROJETO DE ESTÁGIO

Autora:
Bárbara Gomes, n.º 16185

Setembro
2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio Final
Docente: Prof.º Dr. Adriano Pedro

PROJETO DE ESTÁGIO

Autora:
Bárbara Gomes, n.º 16185

Setembro
2019

Projeto de Estágio

Abreviaturas e símbolos

APA – *American Psychological Association*

EMC-PSC - Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Projeto de Estágio

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. – CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	7
2. – OBJETIVOS DO ESTÁGIO	9
2.1. – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – A DESENVOLVER.....	9
2.2. – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – A DESENVOLVER.....	11
2.3. – COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
APÊNDICES.....	15
Apêndice I – Cronograma – Atividades do projeto de intervenção na UCIDEM.....	16

Projeto de Estágio

Índice de figuras

Figura nº 1 - Tabela das atividades a desenvolver para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista.....	10
Figura nº 2 - Tabela das atividades a desenvolver para atingir as competências específicas do enfermeiro especialista.....	11
Figura nº 3 - Tabela das atividades a desenvolver para atingir as competências de mestre.....	12

Projeto de Estágio

INTRODUÇÃO

Este projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), leccionado na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Procura estabelecer de forma objetiva e estruturada as atividades que levarão à aquisição de competências de mestre e especialista.

O estágio será realizado no Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG), na Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira (UCIDEM), sob a supervisão pedagógica do professor doutor Adriano Pedro e a orientação da enfermeira especialista Cristina Teixeira. Decorrerá de 17 de Setembro a 31 de Janeiro, tendo como principal objetivo o desenvolvimento da prática clínica, conhecimento e implementação de planos de cuidados de Enfermagem e participação ativa no processo de tomada de decisão na área de especialidade de EMC-PSC.

É preconizado nesta Unidade Curricular que se desenvolva um projeto de intervenção no qual o aluno estabelece os seus objetivos para atingir as competências de mestre em enfermagem e especialista na área escolhida. Este documento surge da análise do serviço e das suas necessidades, sendo que se estipula os objetivos no sentido de melhorar essas necessidades, através de intervenções planeadas. Este projeto serve também como um plano que tem caráter evolutivo, ou seja, estará em constante mudança, pelo que as metas deverão coincidir com aquilo que seja exequível e objetivado ao longo do espaço temporal, havendo a possibilidade de ser feitas alterações ao que foi traçado inicialmente.

O principal tema deste projeto irá incidir sobre as úlceras por pressão no doente crítico, sendo que a pesquisa major e a maior parte das atividades serão trabalhadas nesse sentido. No entanto, houve outras lacunas identificadas e espera-se conseguir concluir projetos menores que possam também melhorar a qualidade do serviço e serem úteis no futuro do mesmo.

A elaboração deste trabalho objetiva não só fazer uma pequena descrição do que se planeia fazer, como também estipular as atividades a realizar de forma a desenvolver todas as competências estipuladas e criar uma linha orientadora para o estágio e sua avaliação. Este documento encontra-se estruturado através dos seguintes tópicos: 1 – Caracterização do

Projeto de Estágio

serviço; 2 – Objetivos do estágio; 2.1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A desenvolver; 2.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista – A desenvolver; 2.3 – Competências de Mestre; e Conclusão.

Foram seguidas as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, tendo como base a bibliografia e citações da *American Psychological Association (APA)* – 6th edition, elaborando o documento ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Projeto de Estágio

1. – CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO

Fundada em 1977, pelo Dr. Emílio Moreira, a Unidade de Cuidados Intensivos abriu no quarto piso do HDJMG. Na época, foi um grande passo de inovação, pois tratava-se da primeira Unidade aberta num hospital distrital, adquirindo o estatuto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente em 1993, sendo nessa altura que passa a ter o nome do seu fundador.

Atualmente, a UCIDEM encontra-se no segundo piso e além de integrar a Unidade de Cuidados intensivos (com 4 camas e um quarto de isolamento), possui também a Unidade de Cuidados Intermédios (com 5 camas - sendo uma destinada a utentes com necessidade de realizar técnicas dialíticas). Localizada junto às instalações do Serviço de Observação, do Serviço de Urgência, a UCIDEM possui acesso direto ao exterior.

Tem como principal função o destino de todos os utentes que necessitam de terapia intensiva para a manutenção das suas funções vitais, recebendo utentes provenientes de todos os serviços de internamento da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), exceto utentes em idade pediátrica.

A nível de instalações físicas, existem duas salas de internamento, dois balneários com casa de banho, uma copa, uma sala de serviços administrativos, uma sala médica, um gabinete de enfermagem, uma sala de materiais (armazém), uma sala de sujios e desinfeção, sala de enfermagem, um quarto de isolamento e uma sala de espera de visitas.

A nível das salas de internamento, todas as camas possuem uma unidade funcional independente, unidade de monitorização com telemetria e ventilador (mediante a necessidade do utente, existe ou não na sua unidade).

A UCIDEM possui um gasómetro, duas máquinas de técnicas dialíticas, seis ventiladores (sendo que um pertence a uma utente crónica do serviço), um ventilador de transporte, dois monitores de monitorização hemodinâmica avançada, dois Pyxis - sistemas eletrónicos de armazenamento de medicamentos que disponibilizam material por identificação biométrica; situa-se um em cada sala -, três ventiladores não invasivos (dois V6o e 1 Vision) e um monitor de transporte.

Projeto de Estágio

Relativamente aos carros de emergência, existem dois na UCIDEM: um alocado à sala de Cuidados Intensivos e outro alocado à sala de Cuidados Intermédios. Estão em sítio visível, com acesso livre e ligado à corrente. Pela sua localização, os carros de emergência perdem visibilidade quando é privilegiada a privacidade do doente, no entanto, mantêm acesso livre à sua utilização e todos os elementos da equipa multidisciplinar conhecem a localização dos carros de emergência. Neste caso, em concreto, privilegia-se a privacidade do doente, da visibilidade dos carros de emergência. Os locais dos carros de emergência ficam sinalizados com fita vermelha, salvaguardando o facto do seu deslocamento aquando a utilização em doentes críticos com necessidade de isolamento, e de aí permanecerem até serem necessários. Nesse momento, será passada informação verbal entre os profissionais de forma a todos terem conhecimento da sua localização.

A equipa multidisciplinar é composta por 26 enfermeiros (incluindo a enfermeira-chefe), 10 assistentes operacionais e 1 administrativo, a equipa médica possui um médico com funções de diretor e dispõe de mais elementos (contratados ou do quadro do hospital), consoante as necessidades.

Quando a chefe não está presente, existe um elemento da equipa que é responsável de turno. Os postos de trabalho são distribuídos por turno (pelo responsável). Por norma, o rácio de enfermeiros/turno é de 6 de Manhã (1 na gestão + 5 na prestação de cuidados) durante a semana (sendo que ao fim de semana o rácio diminui para 5 de manhã), 4 na Tarde e 4 na Noite.

Projeto de Estágio

2. – OBJETIVOS DO ESTÁGIO

Os objetivos de aprendizagem delineados espelham aquilo que será um trabalho de desenvolvimento contínuo, longo e em constante desenvolvimento.

“Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019: 4744).

“Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.” (OE, 2018: 19360).

Tendo em conta o que a OE preconiza, segue abaixo todas as atividades às quais me proponho para poder atingir as competências comuns e específicas da especialidade de EMC-PSC, bem como as competências de mestre:

2.1. – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – A DESENVOLVER

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	Atividades propostas a desenvolver
A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional	<ul style="list-style-type: none"> → Mobilizar/Demonstrar conhecimentos acerca dos princípios éticos e deontológicos; → Analisar o processo e o efeito da tomada de decisão no cuidado à pessoa; → Respeitar os direitos da pessoa, família/cuidador, tendo em conta os princípios ético-deontológicos.
A2 - Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	<ul style="list-style-type: none"> → Respeitar/Proteger a intimidade da pessoa e a intromissão na sua vida privada e familiar; → Detetar/Prevenir situações de risco para a segurança e dignidade do utente.
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar pesquisa bibliográfica para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;

Projeto de Estágio

estratégicas institucionais na área da governação clínica	<ul style="list-style-type: none"> → Consultar normas, protocolos e instruções de trabalho do serviço; → Conhecer/Identificar projetos institucionais e programas para a melhoria contínua da qualidade do serviço, através da recolha de informação junto da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora.
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar norma no âmbito da prevenção das úlceras por pressão no doente em situação crítica; → Rever norma “O/A Enfermeiro acolhe o utente de forma personalizada”.
B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> → Prestar cuidados de enfermagem especializados que eliminem ou minimizem todo o desconforto físico, psicossocial, cultural e espiritual da pessoa; → Promover um ambiente seguro, estabelecendo confiança, mostrando disponibilidade e garantindo a confidencialidade.
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> → Identificar fatores-chave para uma liderança assertiva; → Promover a união da equipa multidisciplinar através da otimização da prestação de cuidados.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> → Desenvolver estratégias de comunicação que promovam a recolha e exploração de informações pertinentes; → Observar/Refletir sobre o impacto que a liderança provoca na dinâmica e motivação da equipa multidisciplinar; → Gerir da melhor forma os recursos humanos, materiais e físicos que o serviço disponibiliza para a prestação de cuidados.
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> → Identificar/Refletir sobre as dificuldades sentidas durante o estágio; → Planear estratégias para a superação das dificuldades sentidas, juntamente com a enfermeira orientadora.
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar pesquisa bibliográfica pertinente para a prestação de cuidados na área da pessoa em situação crítica; → Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a necessidade de prevenção das úlceras por pressão na pessoa em situação crítica.

Figura nº 1 - Tabela das atividades a desenvolver para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista

Projeto de Estágio

2.2. – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – A DESENVOLVER

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	Atividades propostas a desenvolver
<p>1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Planejar intervenções de enfermagem em função da pessoa em situação crítica; → Executar intervenções de enfermagem com a melhor qualidade, em tempo útil e de forma autónoma; → Avaliar a resposta da pessoa aos cuidados prestados; → Garantir o conhecimento dos protocolos terapêuticos estipulados; → Otimizar a resposta em situação de emergência e/ou maior instabilidade hemodinâmica; → Desenvolver competências no âmbito da pessoa em situação crítica e/ou em falência multiorgânica; → Elaborar folheto informativo para a família/cuidador da pessoa internada em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos; → Ministras formação em serviço no âmbito da prevenção de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica; → Ministras formação em serviço no âmbito do transporte intra-hospitalar.
<p>2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Conhecer o protocolo de atuação em situações de catástrofe do HDJMG, nomeadamente do serviço de UCIDEM.
<p>3 - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Identificar todas as normas, protocolos e planos de prevenção e controlo de infeção do serviço; → Promover um ambiente propício à prevenção e controlo de infeção; → Executar intervenções de enfermagem com base nos protocolos, normas e planos de prevenção e controlo de infeção do serviço.

Figura nº 2 - Tabela das atividades a desenvolver para atingir as competências específicas do enfermeiro especialista

2.3. – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para a aquisição das competências de mestre, será necessário focar os esforços no projeto de intervenção que se irá desenvolver ao longo do semestre. O tema será as úlceras por pressão no doente crítico e irá incidir numa pesquisa bibliográfica que permitirá identificar qual a melhor escala de avaliação de risco/úlceras a aplicar neste tipo de doente/serviço. O ideal passará pela aplicação da escala e a adoção de medidas de prevenção, percecionando

Projeto de Estágio

com o decorrer do tempo a eficácia e a necessidade de implementação no serviço, promovendo assim uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Poderá ser necessário fazer alguns ajustes ao plano inicialmente traçado, consoante for os dados obtidos na pesquisa, a possível necessidade de se realizar um pedido de autorização à Comissão de Ética para tratamento de dados, bem como a pertinência do projeto para o futuro.

Competências de Mestre	Atividades propostas a desenvolver
1 - Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada	→ Elaboração de projeto de intervenção que dê resposta às competências de mestre em enfermagem (consultar apêndice I).
2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência	
3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais	
4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida	
5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais	
6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular	
7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade	

Figura nº 3 - Tabela das atividades a desenvolver para atingir as competências de mestre

Projeto de Estágio

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho, pretendeu-se a elaboração e o delineamento de um projeto de estágio (ou projeto de intervenção) que se irá realizar durante o primeiro semestre do segundo ano do Mestrado em Associação, da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Os tópicos foram pensados e elaborados após a execução de alguns turnos no serviço escolhido, tendo sido discutido e refletido com a enfermeira orientadora. Todos os meios foram disponibilizados, sendo que foi possível identificar as lacunas do serviço, permitindo assim definir quais os projetos que podem ser trabalhados, visualizando sempre a pertinência das questões levantadas. O objetivo principal será poder elaborar algo de valor e que traga benefícios a quem lá trabalha, deixando uma base de trabalho que sirva ao desenvolvimento da melhoria de qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Reforça-se o facto de se tratar de um documento com carácter evolutivo e dinâmico, podendo sempre reajustar-se os objetivos e metas traçadas ao longo do percurso.

Projeto de Estágio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2.ª Série, nº135, 19359 - 19370.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento no 140/2019 de 6 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, nº26, 4744 - 4750.

Projeto de Estágio

APÊNDICES

Projeto de Estágio

Apêndice I – Cronograma – Atividades do projeto de intervenção na UCIDEM

Projeto de Estágio

Cronograma – Atividades do projeto de intervenção na UCIDEM											
Ano letivo 2019/2020	Mês										
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Diagnóstico da situação – Definição da problemática											
Pesquisa bibliográfica e execução da revisão integrativa da literatura											
Elaboração da Norma – Otimização da prevenção de úlceras por pressão no doente crítico											
Pesquisa bibliográfica e realização de formação em serviço sobre transporte intra-hospitalar											
Pesquisa bibliográfica, elaboração do folheto informativo para as famílias/cuidador e revisão da norma “O/A Enfermeiro acolhe o utente de forma personalizada”											
Apresentação das normas à enfermeira chefe e enfermeira orientadora											
Apresentação das normas à equipa de Enfermagem											

Apêndice II – Questionário inicial UCIDEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

Caro participante,

Eu, Bárbara Machado Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio intitulado “A comunicação com o doente ventilado”, sob a orientação da Enfermeira Especialista Cristina Teixeira e do Professor Doutor Adriano Pedro.

A sua opinião será fundamental e todas as suas respostas serão usadas somente para a realização do projeto acima descrito. Pedimos assim a sua colaboração através do preenchimento deste questionário **totalmente anónimo e confidencial**, levará apenas 5 minutos.

Este inquérito destina-se a todos os ENFERMEIROS da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira (UCIDEM) e pretende avaliar a perceção dos mesmos quanto à importância da comunicação com o doente ventilado.

As perguntas são maioritariamente de escolha múltipla e encontram-se divididas em dois grupos.

Grupo I – Caracterização da equipa de enfermagem da UCIDEM

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Faixa etária:

< de 25 anos

25 aos 30 anos

31 aos 35 anos

36 aos 40 anos

41 aos 45 anos

46 aos 50 anos

51 aos 55 anos

> de 56 anos

3. Indique os seus anos de serviço (completar os espaços):

a. Em Enfermagem: ____

b. Em Unidade de Cuidados Intensivos: ____

4. Habilitações literárias (assinalar o grau académico mais elevado):

- Bacharelato Licenciatura
Mestrado Doutoramento

5. É especialista?

- Sim Não

a. **Se sim**, assinale a área:

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crónica
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Paliativa
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Perioperatória
Enfermagem Comunitária
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Enfermagem Comunitária de Saúde Familiar
Enfermagem de Reabilitação
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Grupo II – Perceção da equipa de enfermagem quanto à importância da comunicação com o doente ventilado

1. Considera a comunicação como um processo-chave no exercício da prática clínica?

- Sim Não

2. Procura compreender **sempre** o que o doente ventilado pretende transmitir?

- Sim Não

3. Sente-se frustrado quando tenta comunicar com este tipo de utentes?

- Sim Não

4. Conhece técnicas/estratégias para facilitar a comunicação entre si e o doente?

- Sim Não

a) Usa técnicas/estratégias para compreender a comunicação verbal/não verbal do doente?

Sim

Não

5. Acha pertinente o uso de instrumentos facilitadores na comunicação com o doente ventilado?

Sim

Não

6. Que instrumentos facilitadores da comunicação utiliza com o doente ventilado?

Obrigado pela colaboração.

Bárbara Gomes

Apêndice III – Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização em Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica



Bárbara Gomes <[REDACTED]>

Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização em Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

1 mensagem

Bárbara Gomes <[REDACTED]>
Para: admin@ulsna.min-saude.pt
Cc: [REDACTED]@ulsna.min-saude.pt

20 de novembro de 2019 às 12:38

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, EPE

Sr. Dr. João Moura Reis

Avenida de Santo António

7300-074 Portalegre

Portalegre, 20 de Novembro de 2019

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização em Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Eu, Bárbara Machado Gomes, enfermeira com cédula profissional nº 87306, na condição de aluna a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, a realizar práticas clínicas de Estágio no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira - UCIDEM, da instituição que preside, venho por este meio pedir autorização para desenvolver no seio do serviço supracitado (UCIDEM) um projeto de estágio no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, na área da "Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos".

Segue em anexo documentos de resumo do projeto de estágio e questionários a aplicar.

Cordialmente,
Bárbara Gomes.

3 anexos

Resumo de projeto de estágio - CA.pdf
189K

Questionário INICIO projeto - UCIDEM.pdf
113K

Questionário FIM projeto - UCIDEM.pdf
107K

Apêndice IV – Revisão Integrativa da Literatura ‘Comunicação Com o Doente Ventilado: Desafios e Alternativas’

Comunicação Com o Doente Ventilado: Desafios e Alternativas

Communication With The Ventilated Patient: Challenges and Alternatives

Bárbara Machado Gomes¹

¹Enfermeira da Unidade de Convalescença e Longa Duração e Manutenção de São Tiago – Urra, Mestranda em Enfermagem com Especialidade em Médico-Cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2019, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portugal.

RESUMO

Objetivo: Esta revisão pretende analisar e compreender os sentimentos por parte dos enfermeiros e dos doentes ventilados relativamente à comunicação, a necessidade de novas estratégias e o uso de instrumentos e alternativas às dificuldades sentidas.

Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, baseada na pergunta “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a comunicação com o doente ventilado em contexto de cuidados intensivos?”. Para a pesquisa recorreu-se a quatro palavras-chave (*Artificial Respiration, Communication, Nursing e Intensive Care Units*), validadas com base nos descritores em Ciências da Saúde MeSH e DeCS, adicionando o operador booleano AND. Como estratégia de pesquisa, recorreu-se ao limite temporal 2014-2019, limitador linguístico (apenas estudos de origem Inglesa, Espanhola e Portuguesa) e aplicação do limitador “SU Termos do Assunto” ao nível das palavras-chave *Nursing e Intensive Care Units*.

Resultados: Foram selecionados doze artigos, sendo que os resultados obtidos foram agrupados em três tópicos principais: “Experiência enfermeiro-doente: as emoções que se geram”, “Necessidade de alternativas para uma comunicação eficaz” e “Comunicação aumentativa e alternativa: Instrumentos facilitadores”.

Conclusões: A comunicação com o doente ventilado passa por ser um binómio entre compreensão e frustração e cabe aos enfermeiros gerir este processo como uma parte fundamental dos cuidados prestados.

Palavras-chave: enfermagem, comunicação, ventilação mecânica invasiva, doente crítico, especialidade médico-cirúrgica

ABSTRACT

Objective: This review aims to analyze and understand the feelings of nurses and ventilated patients regarding communication, the need for new strategies and the use of instruments and alternatives to the difficulties experienced.

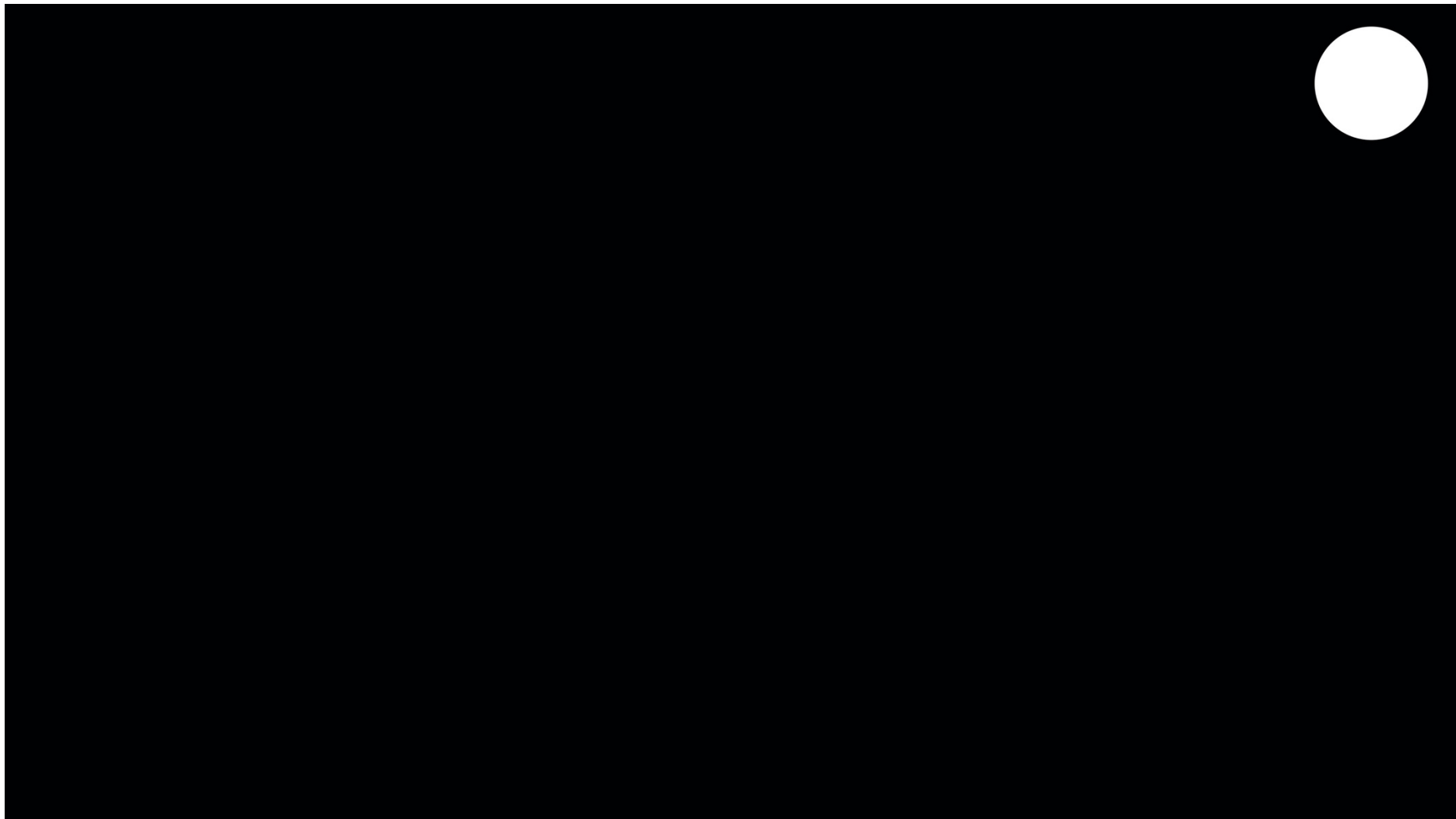
Methods: An integrative literature review was carried out, based on the question “What are the nursing limitations that promote communication with the ventilated patient in the context of intensive care?”. For the research, four keywords (*Artificial Respiration, Communication, Nursing and Intensive Care Units*) were used, previously validated based on the descriptors in Health Sciences MeSH and DeCS, adding the Boolean operator AND. As a research strategy, resorted to the time limit 2014-2019, linguistic limiter (only studies of English, Spanish and Portuguese origin) and application limiter “SU Terms subject” in terms of keywords *Nursing and Intensive Care Units*.

Results: Twelve articles were selected, and the results obtained were grouped into three main topics: “Nurse-patient experience: the emotions that are generated”, “Need for alternatives for effective communication” and “Augmentative and alternative communication: Facilitating instruments”.

Conclusions: Communication with the ventilated patient becomes a binomial between understanding and frustration and it is up to nurses to manage this process as a fundamental part of the care provided.

Key words: nursing, communication, invasive mechanical ventilation, critically ill, medical-surgical specialty

Apêndice V – Formação em serviço ‘Comunicação com o doente ventilado’



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior Saúde
IPPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde




Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias


Estágio Final em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Comunicação com o doente ventilado

SUMÁRIO

 Objetivos

 Introdução

 1. Interação enfermeiro-doente: as emoções que se geram

 2. Necessidade de alternativas para uma comunicação eficaz

 3. Comunicação aumentativa e alternativa: Instrumentos facilitadores

 3.1. Apresentação do instrumento adaptado

 Conclusão

 Referências bibliográficas



OBJETIVOS

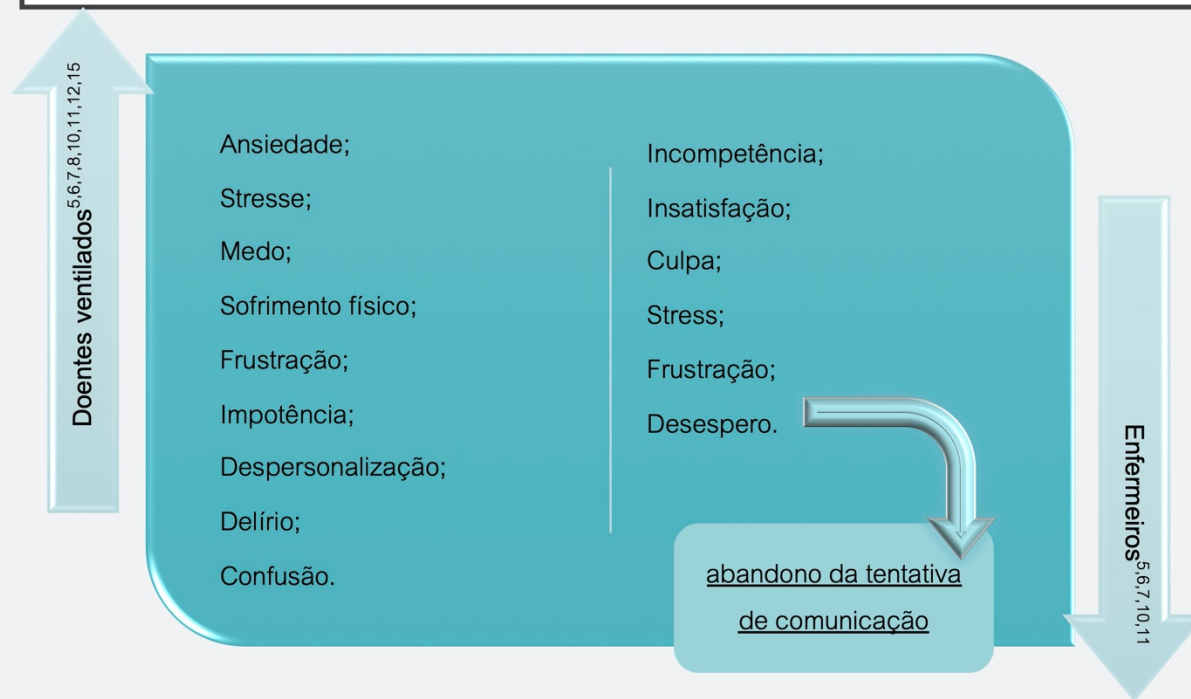
- Objetivo geral
 - Demonstrar as diferentes dinâmicas associadas à comunicação com o doente ventilado.
- Objetivos específicos
 - Identificar constrangimentos associados à comunicação com o doente ventilado;
 - Compreender a necessidade do uso de estratégias face à comunicação com o doente ventilado;
 - Reconhecer estratégias de comunicação com o doente ventilado.

INTRODUÇÃO

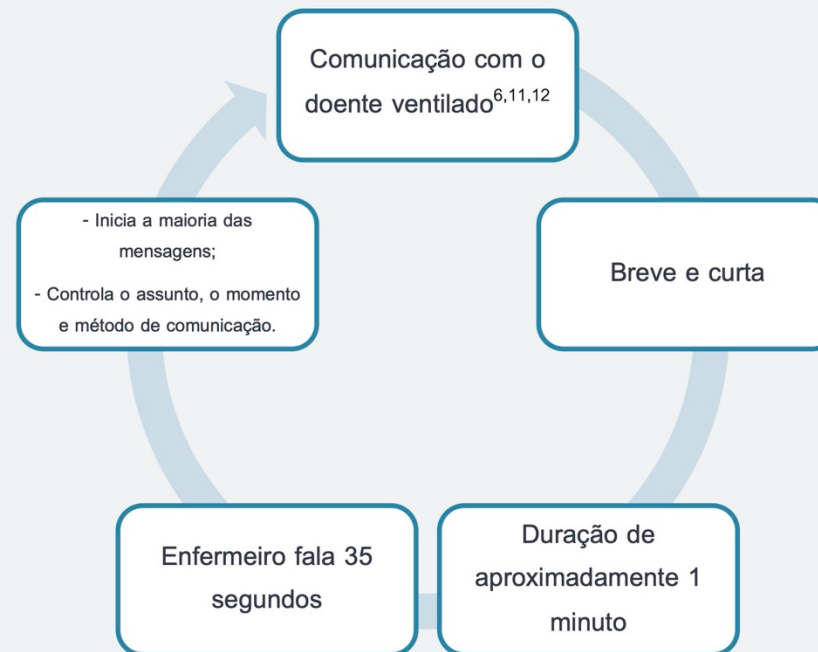
- Um dos objetivos major das unidades de cuidados intensivos é salvar vidas¹. Prestar cuidados de enfermagem de qualidade superior e com impacto positivo nos resultados dos doentes é altamente desafiador^{2,3}.
- A comunicação com os doentes é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde⁴. Os doentes que estão internados no contexto de uma unidade de cuidados intensivos (UCI) são frequentemente privados da sua capacidade de falar e, conseqüentemente, da capacidade de comunicação, devido à necessidade de intubação⁴.
- A atualidade pressupõe práticas nas UCI mais benéficas para os doentes, ou seja, uma das novas diretrizes passa pelo uso de menos sedação em doentes sob ventilação mecânica, o que aumenta exponencialmente o número de pacientes potencialmente capazes de comunicar enquanto estão sob ventilação mecânica e acordados^{1,4}.

*1. INTERAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE:
AS EMOÇÕES QUE SE GERAM*

1. INTERAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE: AS EMOÇÕES QUE SE GERAM



1. INTERAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE: AS EMOÇÕES QUE SE GERAM



2. NECESSIDADE DE ALTERNATIVAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

2. NECESSIDADE DE ALTERNATIVAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

- Ao conseguirmos melhorar as possibilidades de comunicação e a interação com os doentes é um fator chave para os ajudar, elevando a qualidade dos cuidados prestados, e providenciando uma reabilitação mais otimizada^{5,7,9,11}.
- Este tipo de atitudes ajuda a evitar os doentes sentirem-se isolados, diminui a confusão e complicações associadas à perda da capacidade de comunicar^{5,6,11,15}.
- Quando os doentes não conseguem expressar-se verbalmente, a tendência é da equipa tentar adivinhar e interpretar de forma livre aquilo que acham que a pessoa deseja expressar, o que geralmente resulta num procedimento impossível e pouco fidedigno, que rouba tempo a outras tarefas com mais prioridade^{5,15}. De forma geral, as equipas usam apenas a comunicação através do sim ou não, o aperto de mão ou o piscar de olhos^{5,13,15}.

2. NECESSIDADE DE ALTERNATIVAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

Doentes críticos costumam lembrar-se da comunicação com o enfermeiro com muita clareza⁹;

Comunicação bidirecional⁶;

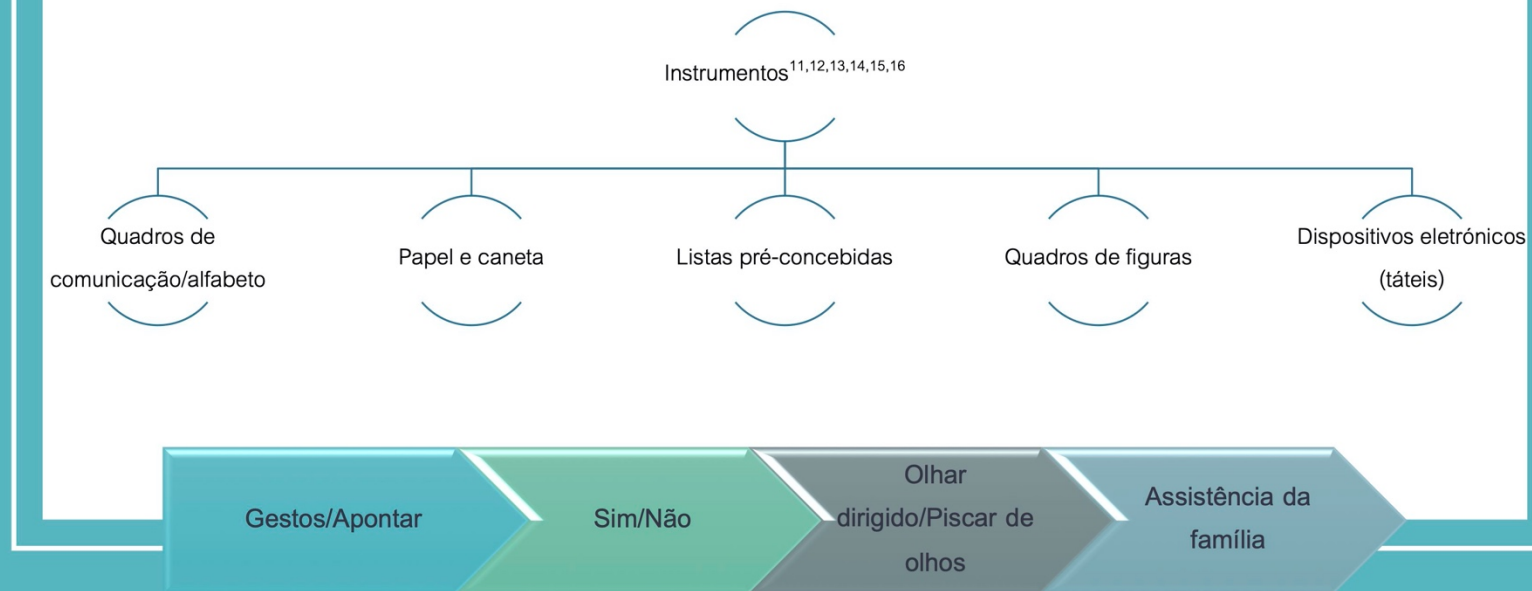
Educar e formar a equipa de profissionais de saúde de forma a utilizar a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)^{5,9}.

*3. COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E
ALTERNATIVA: INSTRUMENTOS
FACILITADORES*

3. COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA: INSTRUMENTOS FACILITADORES

- CAA refere-se a todas as formas de comunicação que podem ser usadas para expressar mensagens (exceptuando, a fala oral)⁵;
- Boa estratégia e com bons resultados, mas ainda não está protocolada nem começou a ser implementada na maioria dos serviços que acolhem doentes em estado crítico⁵;
- Prestar serviços de saúde de qualidade, implica uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os seus doentes e a CAA é conhecida por ser eficaz, afetando de forma positiva os resultados dos doentes em toda a sua passagem pelos serviços de saúde^{5,10,14}.

3. COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA: INSTRUMENTOS FACILITADORES



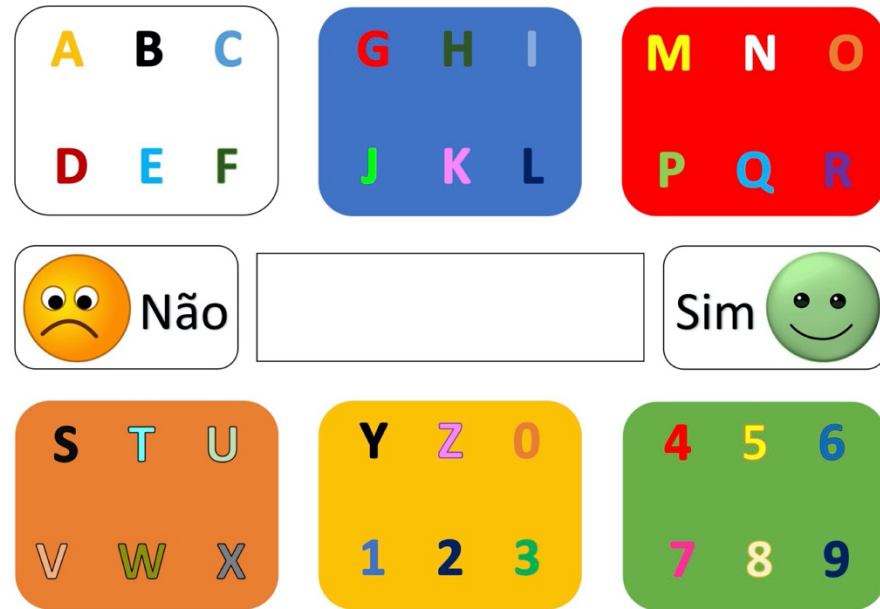
3.1. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO ADAPTADO

3.1. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO ADAPTADO

- Surgiu com base nas dificuldades sentidas em contexto de estágio e em experiências anteriores;
- Realizada pesquisa bibliográfica que suporta a escolha e adaptação do instrumento;
- Instrumento elaborado com base nos depoimentos de pessoas que tiveram experiências em unidades de cuidados intensivos (ex-doentes ventilados!), existentes na evidência científica.



3.1. APRESENTAÇÃO
DO INSTRUMENTO
ADAPTADO



Quadro de comunicação

3.1. APRESENTAÇÃO
DO INSTRUMENTO
ADAPTADO



Quadros de figuras

3.1. APRESENTAÇÃO
DO INSTRUMENTO
ADAPTADO

*Preciso de ir
à casa de
banho*

*Quero falar
com a minha
família*

*O que me vai
acontecer?*

*Quero mudar
de posição*

*Preciso de ser
aspirado*

*Quando vou
melhorar?*

*É de dia ou de
noite?*

*Que horas
são?*

*O que me
aconteceu?*

*Quanto tempo
ficarei aqui?*

*Que dia é
hoje?*

Onde estou?

Listas pré-concebidas

CONCLUSÃO

- A comunicação é um direito para todas as pessoas, inclusive para aquelas que sofrem de um distúrbio funcional da fala temporário⁵;
- Mais de 50% dos doentes em contexto de cuidados intensivos relatam problemas de comunicação durante a ventilação mecânica de moderada a extremamente stressante^{12,13};
- Melhorar as estratégias de comunicação pode melhorar a segurança do doente e fazer a diferença nos resultados do mesmo⁵;
- Conhecimento e mais familiaridade com as estratégias da CAA, fará com que os profissionais consigam prestar cuidados de maior qualidade, compreendendo melhor o doente ventilado⁶.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laerkner E, Egerod I, Olesen F, Hansen HP. A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Int Jou Nur Stu* [Internet]. 2017 – out [citado em 13 Jan 2020]; (75):1-9. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
2. Sutton LJ, Jarden RJ. Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nur Cri Car* [Internet]. 2017 – nov [citado em 13 Jan 2020]; 6(22):339-347. Disponível em <https://doi.org/10.1111/nicc.12266>
3. Elliot ZJ, Elliot SC. An overview of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Nur Sta* [Internet]. 2018 – mar [citado em 13 Jan 2020]; 28(32):41-49. Disponível em <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10710>
4. Hoom ST, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Cri Car* [Internet]. 2016 – out [citado em 13 Jan 2020]; 1(20):333. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
13. Handberg C, Voss AK. Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care Settings: Perspectives of Healthcare Professionals. *Jou Cli Nur* [Internet]. 2018 – jan [citado em 17 Jan 2020]; 1-2(25):102-114. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
14. Noguchi A, Inoue T, Yokota I. Promoting a nursing team's ability to notice intent to communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study. *Int & Cri Car Nur* [Internet]. 2019 – abr [citado em 17 Jan 2020]; (51):64-72. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.006>
15. Mortensen CB, Kjaer MBN, Egerod I. Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Int & Cri Car Nur* [Internet]. 2019 – jun [citado em 17 Jan 2020]; (52):35-41. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
16. Fink RM, Makic MBF, Poteet AW, Oman KS. The Ventilator Patient's Experience. *Dim Cri Car Nur* [Internet]. 2015 – set/out [citado em 17 Jan 2020]; 5(34):301-308. Disponível em <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000128>
17. Dithole KS, Thupayagale-Tshweneagae G, Akpor OA, Moleki MM. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nur* [Internet]. 2017 – dez [citado em 17 Jan 2020]; 74(16):1-6. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

18. Happ MB, Seaman JB, Nilsen ML, Sciulli A, Tate JA, Saul M, Barnato AE. The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Hea & Lun* [Internet]. 2015 – jan/fev [citado em 17 Jan 2020]; 1(44):45-49. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.010>
19. Holm A, Dreyer P. Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nur Cri Car* [Internet]. 2018 – mar [citado em 17 Jan 2020]; 2(23):88-94. Disponível em <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
20. Guttmerson JL, Bremer KL, Jones RM. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Int Cri Car Nur* [Internet]. 2015 – jun [citado em 17 Jan 2020]; 3(31):179-186. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>
21. Leung CCH, Pun J, Lock G, Slade D, Gomersall CD, Wong WT, Joynt GM. Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *Jou Cri Car* [Internet]. 2018 – abr [citado em 17 Jan 2020]; (44):136-141. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jcnc.2017.10.044>
22. Happ MB, Sereika SM, Houze MP, Seaman JB, Tate JA, Nilsen ML, George E, Angus DC, Barnato AE. Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Hea & Lun* [Internet]. 2015 – set/out [citado em 17 Jan 2020]; 5(44):408-415. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>
23. Flinterud SI, Andershed B. Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Jou Cii Nur* [Internet]. 2015 – ago [citado em 17 Jan 2020]; 15-16(24):2295-2304. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jocn.12826>
24. Karlsen MW, Heggdal K, Finset A, Heyn LG. Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A qualitative study. *Jou Cii Nur* [Internet]. 2018 – jul [citado em 17 Jan 2020]; 1-2(28):66-79. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jocn.14633>

MUITO OBRIGADO!

Apêndice VI – Cronograma do Projeto de Intervenção em Serviço

Cronograma – Atividades do projeto de intervenção na UCIDEM											
Ano letivo 2019/2020	Mês										
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
<i>Diagnóstico da situação – Definição da problemática</i>											
<i>Pedido de autorização para realização do projeto de intervenção ao conselho de administração</i>											
<i>Recolha de dados para planeamento da atividade</i>											
<i>Pesquisa bibliográfica e execução da revisão integrativa da literatura</i>											
<i>Tratamento de dados obtidos</i>											
<i>Elaboração do Instrumento – Otimização da comunicação com o doente ventilado/enfermeiro</i>											
<i>Criação e otimização da formação em serviço</i>											
<i>Apresentação dos elementos à enfermeira chefe e à enfermeira orientadora</i>											
<i>Apresentação do formação/instrumento à equipa de enfermagem</i>											
<i>Avaliação da formação em serviço através de questionário</i>											
<i>Reavaliação após 6 meses</i>											

Apêndice VII – Parecer positivo do Conselho de Administração



ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº: 201908901 (Nov)
03/01/2020
Sandra Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º01/2020, de 03 de janeiro

De: Maria Luiza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo " *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos.*"

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<p>Concordo com o parecer emitido assim como a referida informação. Proceda-se em conformidade.</p> <p>João Moura Reis Presidente do Conselho de Administração</p>

A requerente, Bárbara Machado Gomes, mestranda em Enfermagem Médico- Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo " *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos.*"

Cumpré apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se o facto da importância que assume na prestação de cuidados de saúde a compreensão do doente ventilado que esteja incapacitado para comunicar verbalmente. Considerando a relevância da comunicação e sendo o doente apontado como a melhor fonte de informação sobre si próprio, compete ao enfermeiro dotar-se de estratégias e técnicas de comunicação que ajudem a estruturar as suas intervenções e a facilitar a comunicação entre a equipa multidisciplinar e o doente.

II- Objetivos

- Objetivo geral

- Promover a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, submetida a ventilação mecânica invasiva.

- Objetivos específicos

- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação do enfermeiro com o doente ventilado e as estratégias a adotar;

- Adaptar instrumento facilitador da comunicação entre enfermeiro/doente ventilado à realidade da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira, UCIDEM;

MOD.07.ADM.02



Página 1 de 2



- Ministrar formação em serviço no âmbito da comunicação do enfermeiro com o doente ventilado- apresentação do instrumento;
- Elaborar poster de carácter informativo para os profissionais do serviço.

III- Tipo de Estudo

O estudo é descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa.

IV- População alvo

Enfermeiros que desempenham funções na UCIDEM do HDJMG.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

A recolha de dados será efetuada a partir da aplicação de um questionário.

As questões constantes do mesmo não suscitam questões ético legais a serem corrigidas, sendo o fundamento de licitude a adesão voluntária do inquirido, o qual dá tacitamente o seu consentimento.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

Os dados são tratados através da aplicação SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do mesmo.

Os documentos e o instrumento de recolha de dados que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que a informação que se pretende recolher não viola as questões ético legais.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "*Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos.*"

Após conclusão do trabalho, o requerente deverá agendar a sua apresentação na ULSNA, E.P.E.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- Ao Sr. Diretor do Departamento de Urgência/emergência do HDJMG;
- À Sr. Enf.ª Chefe/responsável da UCIDEM;
- À requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

MARIA LUIZA
NUNES LOPES
FERREIRA

Assinatura eletrónica do requerente: MARIA LUIZA
NUNES LOPES FERREIRA
CNPJ nº 07.093.000/0001-90 - Município de
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: maria.luisa.ferreira@ufpa.edu.br
UFPA - Universidade Federal do Pará
CNPJ nº 07.093.000/0001-90 - Município de
São Paulo - SP - Brasil

Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.

Apêndice VIII – **Questionário final UCIDEM**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Questionário

Caro participante,

Eu, Bárbara Machado Gomes, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio intitulado “A comunicação com o doente ventilado”, sob a orientação da Enfermeira Especialista Cristina Teixeira e do Professor Doutor Adriano Pedro.

A sua opinião será fundamental e todas as suas respostas serão usadas somente para a realização do projeto acima descrito. Pedimos assim a sua colaboração através do preenchimento deste questionário **totalmente anónimo e confidencial**, levará apenas 2 minutos. As perguntas são maioritariamente de escolha múltipla.

Este inquérito destina-se a todos os ENFERMEIROS da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira (UCIDEM) e pretende avaliar a perceção dos mesmos quanto ao momento formativo do dia **17/01/2020**

Comunicação com o doente ventilado

1. Considera as estratégias apresentadas uma mais valia na prestação de cuidados?

Sim Não

2. Considera aplicar o instrumento apresentado? (Caso já tenha aplicado, **passa à questão 2.a)**.

Sim Não

a) Aplica com regularidade o instrumento estabelecido?

Sim Não

3. Compreende a forma de utilização do instrumento?

Sim Não

4. Acrescentaria alguma estratégia que ache fundamental no processo de comunicação com o doente ventilado?

Sim Não

a) Se **sim**, qual/quais?

5. Faria alguma alteração ao instrumento adotado?

Sim Não

a) Se **sim**, qual/quais?

Obrigado pela colaboração.

Bárbara Gomes

Apêndice IX – Instrução de trabalho ‘Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico’

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

1. OBJECTIVO

Uniformizar as intervenções de enfermagem no cateterismo venoso periférico e prevenir as suas complicações.

2. DEFINIÇÕES

Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) - as infeções associadas aos cuidados de saúde, também denominadas de nosocomiais ou hospitalares, são aquelas que surgem durante a prestações de cuidados (independentemente se é a nível hospitalar, domiciliário, ambulatório) e podem atingir o utente ou o profissional¹.

Cateter Venoso Periférico (CVP) – Uma das técnicas mais executada pelos profissionais de enfermagem na atualidade é a canalização de uma veia periférica, com recurso a um cateter venoso periférico (CVP). O CVP é essencial para a administração de terapêutica endovenosa, uma vez que nos proporciona um acesso vascular menos invasivo, de menor complexidade e com alguma rapidez^{2,3,4,5,6,7,8,9}.

Flebite – A flebite, uma das consequências mais frequentes, caracteriza-se como uma inflamação da camada íntima da veia, sendo uma resposta à lesão provocada pela inserção e pela utilização do CVP, além do uso posterior que se dá ao mesmo^{6,9}.

3. DESCRIÇÃO

As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o conseqüente aumento da resistência dos microrganismos, devido ao recurso sistemático dos antimicrobianos, são problemas que se correlacionam e têm um crescente aumento a nível mundial. É expectável que se unem esforços em todos os países e não ignorem esta questão e as graves consequências que trazem aos seus utentes. A ignorância deste problema só levará a um aumento da morbidade e mortalidade, dos tempos de internamento dos custos associados aos cuidados de saúde¹⁰. É neste sentido que as organizações e unidades de saúde se preocupam cada vez mais com a qualidade dos cuidados que são prestados, sendo que para isso acontecer é necessário pesquisa e estudo acerca das melhores medidas a adotar^{10,2}.

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 1 de 13
-----------	------------------	----------------

	<p>IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico</p>
--	--

Os tempos de internamento são caracterizados pela fraca capacidade dos utentes em manter bons níveis de defesa imunitária, uma vez que passam por processos invasivos através de várias técnicas diagnósticas, administração de terapêutica e diferentes tipos de monitorização².

Estudos demonstram que 58,7% a 86,7% dos utentes em internamento hospitalar necessitam de CVP, tornando-se assim numa grande quantidade de utentes com necessidade de cuidados de Enfermagem⁶. Tratando-se de uma técnica relativamente fácil de executar, a manutenção, vigilância e os cuidados associados acabam por ser descurados, fator agravado pela sobrecarga horária⁴, falta de recursos humanos e materiais.

Com o uso do CVP, evidencia-se um aumento da incidência de danos locais, nomeadamente a flebite, tromboflebite, hematoma, dor, infeção local, a infiltração e o extravasamento, obstrução do cateter e a sua exteriorização acidental^{3,4,6,8}. Segundo evidências científicas, as condições supramencionadas estão associadas à falha prematura do acesso em pelo menos 69% dos utentes³. Apesar de não ser um tema abordado nesta revisão da literatura, as complicações sistémicas também poderão ser um problema e com graves consequências para o utente⁸.

Os sinais mais localizados manifestam-se como pequenas lesões em redor do local de inserção do CVP, que raramente adquirem gravidade e são facilmente detetáveis⁸.

A incidência de flebite pode variar de 2,5% até 70%⁴. A sintomatologia associada prende-se com dor no local de inserção, edema, eritema, calor e sensibilidade local, um cordão fibroso palpável, e nalguns casos mais graves, acompanhado de exsudado purulento e febre^{2,5,9}.

A necessidade de estudo e de procurar as melhores evidências sobre os fatores de risco associados aos CVPs, as suas complicações e as medidas preventivas é uma preocupação nas unidades de saúde e cabe aos enfermeiros gerir esta situação com cautela e atuar para um desenvolvimento eficiente e adoção das melhores práticas, fomentando uma toma de decisão em prol da prevenção de infeções locais e sistémicas^{2,6,7,8}.

Esta recomendações são elaboradas com base na pesquisa com base em artigos científicos, nas recomendações da Centers for Disease Control and Prevention (CDC) -

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 2 de 13
-----------	------------------	----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011, atualizadas em 2017) e nas recomendações desenvolvidas em 2016 pela Infusion Nurses Society (INS).

3.1 Indicações

Apesar de ser um dos métodos eleitos para a administração de medicação, o CVP também tem indicação para infundir fluidos, sangue e/ou componentes sanguíneos, nutrição parental e para fins diagnósticos^{3,4,5,6,9}.

3.2. Recursos Materiais Necessários à Colocação do CVP

- Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Garrote – 1;
 - Resguardo – 1;
 - Catéter venoso periférico – 1;
 - Luvas não esterilizadas – 1;
 - Embalagem de clorhexidina a 2% em álcool – 1;
 - Compressas esterilizadas de 7,5cm X 7,5cm (pequenas) – 1;
 - Penso adesivo hipoalergénico ou penso adesivo transparente semipermeável (preferencialmente) – 1;
 - Sistema de perfusão, se necessário – 1;
 - Controlador de gotas, se necessário – 1;
 - Torneira de três vias ou obturador (válvula unidireccional) para cateter, se necessário – 1;
 - Prolongamento 25cm (pequeno), se necessário – 1;
 - Suporte de soro, se necessário – 1;
 - Bomba ou seringa infusora, se necessário – 1;
 - Medicamento/Solução para perfusão, caso prescrito – 1;
 - Solução alcoólica para desinfeção das mãos (Promanum®) – 1;
 - Recipiente para sujos, de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares – 1.

3.3 Procedimento

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 3 de 13
-----------	------------------	----------------

IT-
Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo
Venoso Periférico

Ações de Enfermagem	Justificação
<p>1. Providenciar os recursos para junto do utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabuleiro com material preparado ou carro de punções; 	<p>1. Gerir o tempo e diminuir as interrupções;</p>
<p>2. Lavar as mãos com água e sabão;</p>	<p>2. Prevenir contaminação;</p>
<p>3. Esclarecer eventuais dúvidas do doente e explicar a importância e a necessidade do cateterismo (de acordo com o seu estado de consciência);</p>	<p>3. Diminuir a ansiedade e obter a colaboração do doente;</p>
<p>4. Observar a veia a puncionar e a área circundante, de forma a escolher, tendo em conta o objetivo da punção;</p>	<p>4. Verificar contraindicações à punção;</p>
<p>5. Colocar o doente na posição mais adequada e providenciar a exposição da área selecionada para a inserção do CVP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se evitar puncionar locais onde as veias tenham menor calibre, sendo assim preferencialmente escolhido o antebraço ou a fossa antecubital; 	<p>5. Facilitar o acesso ao vaso sanguíneo indicado e minimizar o desconforto. Veias de menor calibre têm tendência a desenvolver complicações associadas ao CVP;</p>
<p>6. Proteger a roupa do utente ou a sua unidade com o resguardo;</p>	

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

<p>7. Lavar assepticamente as mãos;</p> <p>8. Preparar o local da punção:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicar o garrote, cerca de 5 a 10cm acima do local a puncionar;• Posicionar em abdução a extremidade do membro;• Aplicar uma massagem com ligeira pressão no membro, dirigindo o fluxo venoso no sentido ascendente;• Instruir o utente no sentido de abrir e fechar a mão de forma contínua. <p>9. Calçar luvas não esterilizadas;</p> <p>10. Palpar veia;</p> <p>11. Preparar e desinfetar rigorosamente o local de inserção do cateter com gluconato de clorhexidina a 2%:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deixar secar completamente, de acordo com as indicações do	<p>7. A higiene das mãos deve ser efetuada com uma solução antisséptica de base alcoólica para reduzir o risco de infeção (Promanum®);</p> <p>8. Facilitar a acessibilidade à veia e prevenir o retorno venoso, tendo o cuidado de não ocluir o fluxo arterial;</p> <p>9. Prevenir a contaminação;</p> <p>11. Prevenir a infeção:</p> <ul style="list-style-type: none">• Em caso de não ser possível o uso de gluconato de clorhexidina, recomenda-se o uso de álcool a 70°, tintura de iodo ou iodopovidona.
--	--

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

<p>fabricante, até manipular a pele.</p> <p>12. Remover a cápsula protectora do cateter;</p> <p>13. Comprimir a pele no sentido da porção distal do braço, com a mão não dominante, devendo o dedo polegar ficar colocado 2,5 cm abaixo da zona seleccionada para a punção;</p> <p>14. Informar o cliente do início do procedimento e pedir para fazer uma inspiração profunda e não realizar força com o membro;</p> <p>15. Puncionar a veia com a mão dominante, com o bisel virado para cima, num ângulo entre 10 a 30° com a pele;</p> <p>16. Diminuir a inclinação do cateter após perfurar a pele fazendo-o progredir lentamente no interior da veia, exteriorizando</p>	<p>12. O calibre do cateter deve ser escolhido conforme a indicação que se tenha para o acesso venoso pretendido, no entanto, calibres menores estão associados a uma diminuição das complicações, pelo que o seu uso é preferencial;</p> <p>13. Facilitar a inserção do cateter de forma eficaz;</p> <p>14. Promover o conforto e facilitar a execução da técnica;</p>
--	---

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 6 de 13
-----------	------------------	----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

simultaneamente o mandril, sem o retirar bruscamente;	
17. Observar refluxo de sangue;	
18. Aliviar a pressão do garrote;	18. Restabelecer o refluxo sanguíneo de forma eficaz;
19. Remover o mandril totalmente, fazendo pressão acima da ponta do cateter, preferencialmente com o indicador da mão não dominante;	
20. Aplicar, de acordo com o objetivo da punção, torneira de três vias, ou obturador;	
21. Fixar o cateter: <ul style="list-style-type: none">• Com penso adesivo transparente semipermeável ou com penso adesivo hipoalergénico sobre uma compressa esterilizada.	21. Preferencialmente, deve-se optar por colocar um penso adesivo que seja transparente semipermeável de forma a poder-se visualizar o local de inserção do CVP;
22. Remover o garrote;	
23. Remover as luvas;	
24. Questionar o utente acerca do seu bem-estar;	
25. Assegurar a recolha do material usado e a lavagem higiénica das mãos.	25. Prevenir e reduzir a incidência de infeções cruzadas de

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 7 de 13
-----------	------------------	----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

<p>26. Efetuar registos de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hora, data, local e características do CVP colocado;• Intervenções de enfermagem;• Complicações/intercorrências;• Reação do doente à sua colocação;• Data de substituição do penso;• Ensino ao doente, conforme estado de consciência.	<p>microorganismos e acidentes com os perfurantes;</p>
<p>27. Planear intervenções associadas à manutenção do CVP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pensos com adesivo hipoalergénico devem ser trocados de 2 em 2 dias e pensos adesivos transparentes semipermeáveis podem ficar até 7 dias, se não se encontrarem danificados ou sujos;<ul style="list-style-type: none">○ Monitorize visualmente o local do CVP ao trocar o penso ou por meio de palpação através do penso íntegro, de forma regular. Se o utente tiver sensibilidade no	<p>27. Prevenir complicações associadas ao CVP e proporcionar uma manutenção cuidadosa;</p> <p>Evitar a troca sistemática, por intervalo temporal, do CVP.</p> <p>Providenciar limpeza e manutenção dos lúmens do cateter, evitando a precipitação de solutos/medicamentos (através dos <i>flushs</i>).</p>

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

	<p>local de inserção, febre sem foco infeccioso conhecido ou outras manifestações que possam sugerir infeção local ou na corrente sanguínea, o penso deve ser removido para permitir o exame completo do local;</p> <ul style="list-style-type: none">○ Desinfete o local de inserção do CVP com a solução antiséptica preconizada, aquando a troca do penso.• Deve-se remover o CVP exclusivamente e de forma preferencial, quando se identificarem sinais inflamatórios no local de inserção do mesmo;• Substituir sistemas de administração endovenosa, torneiras de três vias e prolongamentos em intervalos temporais não superiores a 96h (preferencialmente 72h);<ul style="list-style-type: none">○ Obturadores devem ser trocados no mesmo intervalo de tempo ou de acordo
--	---

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 9 de 13
-----------	------------------	----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

<p>com as indicações do fabricante;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos os componentes do sistema devem ser compatíveis de forma a evitar extravasamentos. • Sistemas de sangue em uso devem apenas permanecer menos de 24h; • Substituir sistemas de administração de infusões de Propofol entre 6 a 12h; • Administração de <i>flushs</i> após administração de terapêutica.

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Preparação de equipamento e material para colocação de CVC	Enfermeiro
Posicionamento do utente	Enfermeiro
Manutenção do CVP	Enfermeiro
Registos	Enfermeiro
Reposição do material para nova colocação de CVP	Enfermeiro

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
Registos	Alert®	Enfermeiro	Permanente	Permanente

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 10 de 13
-----------	------------------	-----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	---

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. The burden of health care-associated infection worldwide. [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2019 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em https://www.who.int/infection-prevention/publications/burden_hcai/en/
2. Nobre ASP, Martins MDS. Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. Rev Enf Ref [Internet]. 2018 – jan/fev/mar [citado em 20 Jun 2019]; 16(IV):127-138. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000100013&lng=pt&nrm=iso
3. Ray-Barruel G, Xu H, Marsh N, Cooke M, Rickard C. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review. Inf, Dis & Hea [Internet]. 2019 – abr [citado em 20 Jun 2019]; 19:1-17. Disponível em <http://doi.org/10.1016/j.idh.2019.03.001>
4. Xu L, Hu Y, Fu J. Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters in adults: A nonblinded, cluster randomized trial in China. Int Journ Nurs Pract [Internet]. 2017 – dez [citado em 20 Jun 2019]; 6(23):1-8. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990241>
5. Chang W, Peng, Y. Occurrence of Phlebitis: A systematic review and meta-analysis. Nurs Res [Internet]. 2018 – mai/jun [citado em 20 Jun 2019]; 3(67):252-262. Disponível em <http://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000279>

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 11 de 13
-----------	------------------	-----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

6. Braga LM, Parreira PM, Oliveira ASS, Mónico LSM, Arreguy-Sena C, Henriques MA. Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao cateter venoso periférico. Rev Lat-Amer Enf [Internet]. 2018 – mai [citado em 20 Jun 2019]; (26):1-8. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100318&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

7. Urbanetto JS, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR, Muniz FOM, Silva RM, Schilling MCL. Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura. Rev Gau de Enf [Internet]. 2017 – jun [citado em 20 Jun 2019]; 4(38):1-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400500&script=sci_arttext

8. Danski MTR, Oliveira GLR, Johann DA, Pedrolo E, Vayego SA. Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. Acta Paul Enf [Internet]. 2015 – mai [citado em 20 Jun 2019]; 6(28):517-523. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600517&script=sci_abstract&tlng=pt

9. Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a cateteres venosos periféricos. Enf Clín [Internet]. 2017 – mar/abr [citado em 20 Jun 2019]; 2(27):1-8. Disponível em <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-incidencia-factores-riesgo-flebitis-asociadas-S1130862116300961>

10. Direção-Geral da Saúde. Infecções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

11. Centers for disease control and prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Internet]. Washington: Centers for disease control and prevention; 2017 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/recommendations.html>

12. Gorski, LA. The 2016 INFUSION THERAPY STANDARDS. Hom Heal Now [Internet]. 2017 – jan [citado em 20 Jun 2019]; 1(35):10-18. Disponível em

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 12 de 13
-----------	------------------	-----------------

	IT- Prevenção de Complicações associadas ao Cateterismo Venoso Periférico
--	--

https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=01845097-201701000-00003&Journal_ID=2695880&Issue_ID=3914529

13. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. [Internet] Lisboa: Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema da Saúde, IP; 2011 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em: <https://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/manual-de-procedimentos-tecnicos-de-enfermagem-acss/download>.

8. APROVAÇÃO

Edição 01 Data.26.06.2019 Página 1 de 10	Elaborado Por:	Revisto Por:	Autorizado Por:
--	----------------	--------------	-----------------

Edição 01	Data. 26.06.2019	Página 13 de 13
-----------	------------------	-----------------

Apêndice X – **Póster 'Nutrição no Doente Crítico: Guidelines & Recomendações**



Nutrição no Doente Crítico: Guidelines & Recomendações

Gomes, B¹. Teixeira, C¹.

¹Enfermeira na Unidade de Convalescença e Longa Duração e Manutenção de São Tiago – Urra, Mestranda em Enfermagem com Especialidade em Médico-Cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2019, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portugal.

¹¹Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde (especialização em políticas de administração e gestão dos serviços de saúde)

Introdução

Doentes com condições muito graves sofrem alterações metabólicas que podem ter efeitos nocivos nos seus organismos, nomeadamente um aumento do catabolismo proteico e perda de massa músculo-esquelética, que levam a um aumento das morbidades e, conseqüentemente, mortalidade¹. A prevalência de desnutrição em unidades de cuidados intensivos (UCI) varia entre 38% a 70%, sendo que pode alcançar os 100%, potenciando um mau prognóstico¹.

Metodologia & Objetivo

A estratégia escolhida para a realização deste poster foi a Scoping Review. Começou pela pesquisa bibliográfica nas bases de dados EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE complete e B-On, em dezembro de 2019, com recurso às palavras de pesquisa "nutritional support", "critically ill" e "nursing". A seleção foi limitada temporalmente de 2014-2019, nos idiomas inglês, português e espanhol. Na base de dados B-On recorreu-se ao limitador "Título" na palavra "nutritional support".

Após pesquisa com as palavras definidas, obteve-se um total de 88 artigos. Após leitura do título/resumo/critérios de pesquisa/artigo integral, resultou um total de 10 artigos.

Objetivo: mapear nas mais recentes práticas, recomendações e feixes de intervenções associadas à nutrição no doente crítico, os seus benefícios e intercorrências associadas.

Resultados

Avaliação da Desnutrição^{2,4,6,7,10,11}

- Avaliação da nutrição do doente e risco associado em concomitância com a severidade do processo de doença^{2,4,6,7};
- Diagnóstico de desnutrição precoce → intervenção precoce^{2,4,6,7,10,11}.

Início e manutenção da alimentação entérica (EN) precoce^{2,4,6,7,8,9,10,11}

- Iniciar 24-48h após admissão, se doente não tiver capacidade para ingerir de forma autónoma^{2,4,7,8,10,11};
- Preserva sistema imunológico (diminui resposta inflamatória sistémica), promove integridade intestinal (redução do risco de translocação bacteriana) e reduz a gravidade do processo de doença^{2,4,6,10};
- Complicações como náuseas, vômitos, obstipação, volumes gástricos residuais (VGR) aumentados, oclusão/mobilização da sonda levam a interrupções prejudiciais^{2,4,5,6,8,10,11};
- Avaliar VGR de 4-4h. Suspende se ≥ 500mL^{4,6,11}.

Implementação de protocolos de alimentação^{2,5,6,7,8,9,10}

- Doentes que recebem pelo menos 80% de suas necessidades calóricas e proteicas estimadas, aquando a hospitalização, têm melhores resultados a curto e longo prazo^{2,3,4};
- Menos risco de infeção, período de hospitalização diminuído e diminuição da mortalidade^{2,4,6,8,11};
- ↑ uso de protocolos de alimentação → enfermeiros com papel mais ativo nos cuidados ao doente^{2,6,7,9};
- Evidências sugerem que VGR não se correlacionam com o esvaziamento gástrico e não assumem grande importância quanto à tolerância da alimentação enteral^{2,7} – **no entanto estas evidências surgem de estudos em doentes mecanicamente ventilados**.

Redução do risco de aspiração^{2,4,7,10,11}

- Para VGR de 200-500mL^{4,11};
- Posicionamento da cabeceira da cama entre 30° a 45°^{2,4,7,10,11};
- Administração de procinéticos quando há VGR elevados^{2,4,6,7,10,11};
- Recomendado o uso de sondas pós-pilóricas em elevados riscos de aspiração^{2,4,6,7,10,11};
- Infusão contínua^{7,10};
- Lavagem bucal com clorhexidina⁷;
- Uso moderado de sedação^{2,11};
- Vigilância do funcionamento intestinal^{2,6}.

Início precoce da alimentação parenteral (EP) quando EN não é possível^{2,4,7,11}

- Não protelar em doentes gravemente desnutridos no momento da admissão na UCI^{2,4,6,7,11};
- Pode levar a: risco aumentado de hiperglicemia, infeções, alterações no fornecimento de eletrólitos e minerais, sobrecarga de volume e terapia renal substitutiva^{2,4,11}. Em casos incomuns mas graves, pode levar ao **síndrome de realimentação**^{2,4,6,11};
- Iniciar alimentação parenteral se a alimentação enteral não puder ser iniciada dentro de 5-7 dias após admissão na UCI, em doentes com baixo risco nutricional^{2,4,7}.

Dose recomendada de administração de calorías^{4,6}: 25 a 30 kcal/kg/dia (30 a 35 kcal/kg/dia para doentes de trauma/queimados/sépsis)

Dose recomendada de administração progressiva de proteína³: 1,3 g/kg/dia

Conclusão

A nutrição é um dos pilares fisiológicos que deve ser tido em conta na abordagem ao doente crítico e envolve um plano multidisciplinar onde o Enfermeiro tem um papel muito importante. Ressalta-se a necessidade da implementação de protocolos de alimentação, avaliação da tolerância e sua efetividade.

Referências Bibliográficas

1. Becker T, Zeichner M, Magnan A, Junior I, Chabot T, Gomez J. Risco nutricional de pacientes críticos utilizando o NUTRIC Score. Rev Nut Clin Diet Hosp [Internet]. 2018 – jan/mar [citado em 27 dez 2019]; 239:19-25. Disponível em <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/05-AD-Risco-nutricional-de-pacientes.pdf> /2. WeBarcom A, McCoy MA. New Nutrition Guidelines: Promoting Enteral Nutrition via a Nutrition Bundle. Crit Car Nur [Internet]. 2018 – jun [citado em 27 dez 2019]; 3(3): 46-53. Disponível em <https://doi.org/10.4037/cn2018617> /3. Bandavid I, Zuzman O, Kagan I, Thalia M, Cohen J, Singer P. Early Administration of Protein In Critically Ill Patients: A Retrospective Cohort Study. Nut [Internet]. 2019 – jan [citado em 27 dez 2019]; 1(1):1-10. Disponível em <https://doi.org/10.3390/nut1010106> /4. Poyles J, Samaan K. Malnutrition in the ICU Patient Population. Crit Car Nur [Internet]. 2014 – jun [citado em 27 dez 2019]; 2(2): 228-242. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2014.01.003> /5. Melo TTR, Almeida RR, Sousa MFC. Adequação do suporte nutricional em pacientes em uso de terapia nutricional enteral. Nut Clin Diet Hosp [Internet]. 2017 – jul [citado em 27 dez 2019]; 18(3):117-123. Disponível em <https://revista.nutricao.org/PDF/nutricao/nutricao.pdf> /6. Proocochard D, Hook J. Enteral Nutritional Support of the Critically Ill Older Adult. Crit Car Nur [Internet]. 2015 – jul/set [citado em 27 dez 2019]; 3(3):253-258. Disponível em <https://doi.org/10.1097/CN3.0000000000000004> /7. Kwieciński L, Hill B. Providing nutritional support for patients in critical care. Nur Sta [Internet]. 2018 – jun [citado em 27 dez 2019]; 38(3):77-82. Disponível em <https://doi.org/10.1111/1365-3113.10580> /8. Sangar G, Sahni N, Todi S. The effects of implementing a nutritional support algorithm in critically ill medical patients. J Pak Med Ass [Internet]. 2015 – ago [citado em 27 dez 2019]; 86(5):810-814. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26229219> /9. Kim H, Choig SJ. Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. Aus Cj Car [Internet]. 2018 – mai [citado em 27 dez 2019]; 33(2):1-5. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.auc.2018.04.001> /10. Ojo O. Enteral feeding for nutritional support in critically ill patients. Br J Nur [Internet]. 2017 – jun [citado em 27 dez 2019]; 12(6):666-669. Disponível em <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.12.666> /11. D'Maria-Ghalli RA, Nicolò M. Nutrition and Hydration in Older Adults in Critical Care. Crit Car Nur [Internet]. 2014 – mar [citado em 27 dez 2019]; 1(2):32-45. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2013.10.006>

Apêndice XI – Revisão Integrativa da Literatura ‘Cuidados de Enfermagem Associados ao Cateterismo Venoso Periférico’

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS
AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA ASOCIADA
AL CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO**

**NURSING CARE ASSOCIATED TO
PERIPHERAL VENOUS CATHETERIZATION**

Bárbara Machado Gomes – Centro Social e Paroquial de São Tiago – Urra: Unidade de Convalescença e Unidade de Longa Duração e Manutenção, Portugal. ORCID: 0000-0002-2339-3121

João Luís Lopes Mendes – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano – Portalegre, Portugal. ORCID: 0000-0001-9437-9346

Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro – Professor Adjunto. Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal. Nurse'in – UIESI. ORCID: 0000-0001-9820-544X

VOL. 6 N.º 1 ABRIL 2020

SUBMISSÃO: 13-02-2020 REVISÃO: 14-03-2020 APROVAÇÃO: 24-03-2020

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

RESUMO

Objetivo: analisar as intervenções de enfermagem a realizar aquando o uso do cateter venoso periférico (CVP), baseadas nas mais recentes evidências científicas.

Métodos: consiste numa revisão integrativa da Literatura, baseada na pergunta “Quais as medidas de controlo de infeção com maior evidência associadas ao cateterismo venoso periférico no doente crítico em contexto de serviço de urgência?”. Recorrendo aos descritores em Ciências da Saúde MeSH e DeCS, estruturou-se as palavras-chave: Nursing AND Peripheral Catheterization AND Phlebitis. Optou-se por recorrer às bases de dados EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE e B-On, no friso cronológico de 2017-2019.

Resultados: selecionados seis artigos, os resultados foram agrupados em dois tópicos: “Factores de risco associados ao aumento das complicações do CVP” e “Melhoria da qualidade nas intervenções associadas ao CVP: estratégias e tomada de decisão”.

Conclusões: o enfermeiro possui um papel fundamental na prevenção, identificação precoce, classificação e resolução de todos os problemas que possam surgir do CVP. É em função disso que deve dinamizar o seu conhecimento e trabalhar para uma melhoria das intervenções.

Palavras-Chave: enfermagem; cateterismo periférico; flebite; controlo de infeções.

RESUMEN

Objetivo: analizar las intervenciones de enfermería que se realizarán al usar el catéter venoso periférico (CVP), con base en la evidencia científica más reciente.

Métodos: consiste en una revisión integradora de la literatura, basada en la pregunta “¿Cuáles son las medidas de control de infección más evidentes asociadas con el cateterismo venoso periférico en pacientes críticos en el contexto de un servicio de emergencia?”. Usando los descriptores en Ciencias de la Salud MeSH y DeCS, las palabras clave se estructuraron: Enfermería AND Cateterismo Periférico AND Flebitis. Se decidió utilizar las bases de datos de EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE y B-On, en la línea de tiempo 2017-2019.

Resultados: seleccionados seis artículos, los resultados se agruparon en dos temas: “Factores de riesgo asociados con el aumento de las complicaciones del cateterismo venoso periférico” y “Mejora de la calidad en las intervenciones asociadas con el cateterismo venoso periférico: estrategias y toma de decisiones”.

Conclusiones: la enfermera tiene un papel fundamental en la prevención, identificación

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

temprana, clasificación y resolución de todos los problemas que puedan surgir de lo CVP. Es por esto que debe aumentar su conocimiento y trabajar para mejorar las intervenciones.

Palabras clave: enfermería; cateterismo periférico; flebitis; control de infecciones.

ABSTRACT

Objective: to analyze the nursing interventions to be performed when using the peripheral venous catheter (PVC), based on the most recent scientific evidence.

Methods: this review consists in a systematic review of literature, based on the question "What are the most evident infection control measures associated with peripheral venous catheterization in critically ill patients in the context of an emergency service?". Using the keywords in Health Sciences MeSH and DeCS, the keywords were structured: Nursing AND Peripheral Catheterization AND Phlebitis. It was decided to use the EBSCO Host Web databases: CINAHL Plus & MEDLINE and B-On, in the chronological grid of 2017-2019.

Results: six items were selected. The results were grouped into two main topics: "Risk factors associated with increased complications of peripheral venous catheterization" and "Quality improvement in interventions associated with peripheral venous catheterization: strategies and decision making".

Conclusions: the nurse has a fundamental role in the prevention, early identification, classification and resolution of all problems that may arise from PVC. It is because of this that you must boost your knowledge and work to improve interventions.

Keywords: nursing; peripheral catheterization; phlebitis; infection control.

INTRODUÇÃO

As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o conseqüente aumento da resistência dos microrganismos, devido ao recurso sistemático dos antimicrobianos, são problemas que se correlacionam e têm um crescente aumento a nível mundial. É expectável que se unam esforços em todos os países e não ignorem esta questão e as graves conseqüências que trazem aos seus utentes. A ignorância deste problema só levará a um aumento da morbilidade e mortalidade, dos tempos de internamento, dos custos associados aos cuidados de saúde⁽¹⁾. É neste sentido que as organizações e unidades de saúde se preocupam cada vez mais com a qualidade dos cuidados que são prestados, sendo que para isso acontecer é necessário pesquisa e estudo acerca das melhores medidas a adotar⁽¹⁻²⁾.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Os tempos de internamento são caracterizados pela fraca capacidade dos utentes em manter bons níveis de defesa imunitária, uma vez que passam por processos invasivos através de várias técnicas diagnósticas, administração de terapêutica e diferentes tipos de monitorização⁽²⁾.

A obtenção de acessos venosos periféricos, com recurso a cateteres, é uma das intervenções de enfermagem mais comuns. O CVP é essencial para a administração de terapêutica endovenosa, uma vez que nos proporciona um acesso vascular menos invasivo, de menor complexidade e com alguma rapidez⁽²⁻⁹⁾. Apesar de ser um dos métodos eleitos para a administração de medicação, o CVP também tem indicação para infundir fluidos, sangue e/ou componentes sanguíneos, nutrição parental e para fins diagnósticos^(3-6,9).

Estudos demonstram que 58,7% a 86,7% dos utentes em internamento hospitalar necessitam de CVP, tornando-se assim numa grande quantidade de utentes com necessidade de cuidados de Enfermagem⁽⁶⁾. Tratando-se de uma técnica relativamente fácil de executar, a manutenção, vigilância e os cuidados associados acabam por ser descuidados, fator agravado pela sobrecarga horária⁽⁴⁾, falta de recursos humanos e materiais.

Com o uso do CVP, evidencia-se um aumento da incidência de danos locais, nomeadamente a flebite, tromboflebite, hematoma, dor, infeção local, a infiltração e o extravasamento, obstrução do cateter e a sua exteriorização acidental^(3-4,6,8). Segundo evidências científicas, as condições supramencionadas estão associadas à falha prematura do acesso em pelo menos 69% dos utentes⁽³⁾. Apesar de não ser um tema abordado nesta revisão da literatura, as complicações sistémicas também poderão ser um problema e com graves consequências para o utente⁽⁸⁾.

Os sinais mais localizados manifestam-se como pequenas lesões em redor do local de inserção do CVP, que raramente adquirem gravidade e são facilmente detetáveis⁽⁸⁾.

A flebite, uma das consequências mais frequentes, caracteriza-se como uma inflamação da camada íntima da veia, sendo uma resposta à lesão provocada pela inserção e pela utilização do CVP, além do uso posterior que se dá ao mesmo^(6,9). A incidência de flebite pode variar de 2,5% até 70%⁽⁴⁾. A sintomatologia associada prende-se com dor no local de inserção, edema, eritema, calor e sensibilidade local, um cordão fibroso palpável, e nalguns casos mais graves, acompanhado de exsudado purulento e febre^(2,5,9).

A necessidade de estudo e de procurar as melhores evidências sobre os fatores de risco associados ao CVP, as suas complicações e as medidas preventivas é uma preocupação nas unidades de saúde e cabe aos enfermeiros gerir esta situação com cautela e atuar para um desenvolvimento eficiente e adoção das melhores práticas, fomentando uma toma de decisão em prol da prevenção de infeções locais e sistémicas^(2,6-8).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

O principal objetivo desta revisão visa analisar as intervenções de enfermagem a realizar aquando o uso do cateter venoso periférico (CVP), baseadas nas mais recentes evidências científicas.

MÉTODOS

A prática baseada na evidência (PBE) é uma abordagem eficaz para a procura de resposta a questões que se evidenciam na prática clínica dos profissionais de saúde. Pressupõe o uso da melhor evidência disponível, de forma conscienciosa e com o objetivo principal de tentar melhorar a prestação de cuidados, combinando o saber teórico com a experiência clínica, as preferências e valores do utente⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Atualmente, a profissão de Enfermagem procura evoluir de forma mais qualificada e estruturada possível, através de uma prestação de cuidados que procura sistematicamente a excelência da sua prática. A sociedade assim o exige e os enfermeiros cada vez mais ambicionam uma performance exemplar e que dignifique a profissão, dando origem a uma competição saudável pela busca da melhor evidência/prática clínica, garantindo a segurança do utente. É desta forma que a PBE se torna cada vez mais pertinente e importante no contexto da profissão⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Com o propósito de sintetizar o conhecimento mais recente, procurando a melhor evidência acerca do CVP optou-se por se desenvolver uma revisão integrativa da literatura. É considerada um método científico que tem como finalidade a síntese rigorosa de todas as pesquisas realizadas sobre uma determinada questão que foi previamente elaborada. De uma forma geral, os estudos incluídos na construção de uma revisão integrativa são primários e outras revisões da literatura, permitindo assim elaborar um resumo de evidências que permitirão dar a melhor resposta ao problema identificado. É através deste tipo de produções científicas que os profissionais podem dar suporte às suas tomadas de decisão e à melhoria da prática profissional diária⁽¹¹⁾.

Para a realização da pergunta de pesquisa, recorreu-se à metodologia PICO – participantes (P), fenómeno de interesse (I), contexto (Co)⁽¹⁰⁾. Este conceito permite realizar/nortear questões da prática clínica, iniciando-a por partes, que depois de pensadas e estruturadas, formulam a questão final. O sucesso e a pertinência da revisão dependem sempre da qualidade da hipótese de pesquisa formulada. A formulação deste tipo de questões é uma competência básica e determinante da competência do profissional de saúde, para fazer frente a todas as exigências que lhe são impostas na prática diária⁽¹⁰⁾.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Seguindo esta linha de pensamento, elaborou-se a seguinte hipótese de pesquisa: Quais as medidas de controlo de infeção com maior evidência associadas ao cateterismo venoso periférico (I) no doente crítico (P) em contexto de serviço de urgência (Co)? Recorrendo aos descritores em Ciências da Saúde MeSH e DeCS, estruturou-se as palavras-chave com a adição do booleano AND, da seguinte forma: Nursing AND Peripheral Catheterization AND Phlebitis. Optou-se por recorrer às bases de dados EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE e B-On, sendo que na última base referida recorreu-se à limitação das palavras-chave pelos “Termos do Assunto” devido ao grande volume de amostra obtido. A pesquisa realizou-se no mês de Junho de 2019, recorrendo-se ao friso cronológico de 2017-2019 e ao limitador linguístico de apenas artigos em língua Inglesa, Portuguesa e Espanhola, oriundos de fontes primárias.

Como critérios de inclusão, definiu-se: adultos hospitalizados e medidas de controlo de infeção associadas ao cateterismo venoso periférico. Relativamente aos critérios de exclusão, ficou estipulado: crianças e idosos hospitalizados; adultos/idosos e crianças na comunidade e medidas de controlo de infeção associadas a outro tipo de técnicas.

Esta pesquisa foi realizada por dois revisores críticos com experiência a nível académico, profissional e científico no tema, pelo que a pesquisa e análise da amostra foi realizada de forma mais fiável e correta possível.

Nas plataformas online EBSCO Host Web: CINAHL Plus & MEDLINE e B-On foram obtidos um total de cinco mil e setenta e seis artigos, que após aplicados limitadores de pesquisa/temporais/linguísticos obteve-se vinte e quatro, adicionando-se um obtido por referência. Após leitura do título/resumo/artigo integral e por duplicação, foram excluídos dezanove, obtendo-se uma amostra final de seis artigos (ver figura 1).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

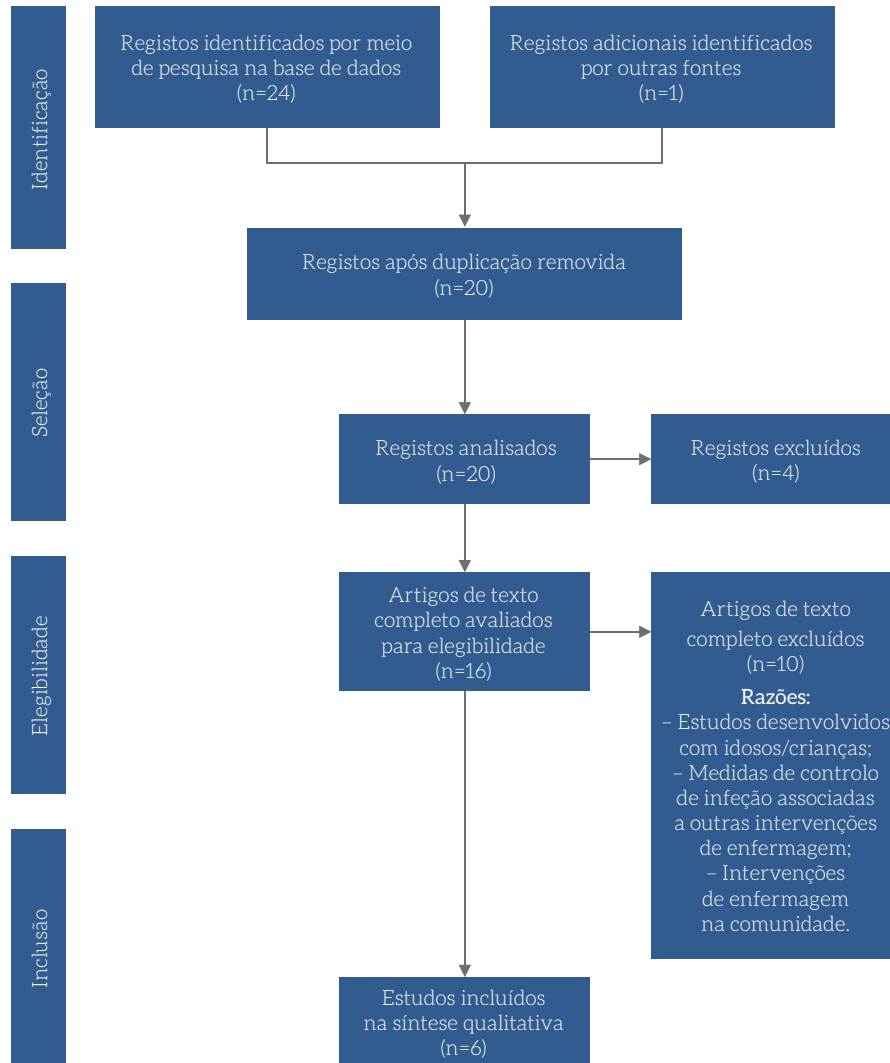


Figura 1 - Desenvolvimento da pesquisa e seleção da amostra com base no algoritmo PRISMA.

Na realização deste artigo teve-se em conta todas as questões ético-legais, correlacionando-as com os princípios defendidos pela Declaração de Helsínquia. A integridade académica também foi igualmente tida em conta, referenciando e citando todos os artigos utilizados, em respeito a todo o trabalho desenvolvido pelos seus autores.

RESULTADOS

Existem vários instrumentos que podem ser utilizados para se avaliar a fidedignidade e qualidade metodológica das amostras obtidas⁽¹¹⁾. É determinada a força/nível da evidência encontrada, a possibilidade de aplicabilidade dos resultados, o custo e a prática que sejam significativos, determinando de forma clara a limitação que existe entre os benefícios e os riscos de determinada intervenção⁽¹¹⁻¹²⁾.

De forma a testar-se a credibilidade de cada artigo obtido, foram aplicados dois instrumentos. Aplicou-se a classificação *Joanna Briggs Institute (JBI) Levels of Evidence* (relativamente à eficácia), análise da qual resultou um artigo Level 1.d, um artigo Level 3.a, um artigo level 3.b, dois artigos Level 3.e e um artigo Level 5.a (ver tabela 1)⁽¹²⁾. Foi igualmente considerada a tabela do *JBI Grades of Recommendation*, sendo que todos os artigos analisados obtiveram o grau A (*strong*)⁽¹³⁾.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Tabela 1 – Tabela sinóptica com os artigos selecionados.

Id	Título	Autores	Periódico/Ano	Método	NE
A ⁽²⁾	Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados	Nobre e Martins	Revista de Enfermagem Referência (2018)	Estudo de coorte prospectivo	3.e
B ⁽³⁾	Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review	Ray-Barruel <i>et al.</i>	Infection, Disease & Health (2019)	Revisão sistemática	3.a
C ⁽⁴⁾	Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters in adults: A nonblinded, clouster-randomized trial in China	Xu <i>et al.</i>	International Journal of Nursing Practice	Estudo randomizado em cluster	1.d
D ⁽⁵⁾	Occurrence of Phlebitis: A systematic review and meta-analysis	Chang e Peng	Nursing Research (2018)	Revisão sistemática	3.b
E ⁽⁶⁾	Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao cateter venoso periférico	Braga <i>et al.</i>	Revista Latino-Americana de Enfermagem (2018)	Estudo observacional sem grupo de controle	3.e
F ⁽⁷⁾	Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura	Urbanetto <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem (2017)	Revisão integrativa da literatura	5.a

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

De forma a clarificar a leitura da revisão e apresentá-la de forma assertiva e focalizada, esquematizou-se a discussão em dois tópicos fulcrais: “Fatores de risco associados ao aumento das complicações do cateterismo venoso periférico” (A⁽²⁾, B⁽³⁾, C⁽⁴⁾, D⁽⁵⁾, E⁽⁶⁾, F⁽⁷⁾) e “Melhoria da qualidade nas intervenções associadas ao cateterismo venoso periférico: estratégias e tomada de decisão” (A⁽²⁾, B⁽³⁾, C⁽⁴⁾, D⁽⁵⁾, E⁽⁶⁾, F⁽⁷⁾).

DISCUSSÃO

A palavra de ordem nos dias de hoje passa pela educação. Educar os enfermeiros quanto às indicações para o uso de cateteres venosos periféricos, as intervenções mais adequadas para a inserção/manutenção do mesmo e as medidas de controlo de infeções que se podem adotar é um dos principais intuitos desta revisão da literatura.

Os enfermeiros são a classe profissional que mais manuseia este tipo de material e inclusive, realizam a sua inserção, vigiam e, perante alguma mudança que possa inviabilizar a sua continuidade, fazem a extração e se necessário procedem à reintrodução de um novo^(2,6-7).

A necessidade de estudo e exploração de conhecimentos face ao aparecimento de complicações associadas ao CVP em doentes em contexto hospitalar, torna-se uma prioridade na prática clínica, sendo considerado um indicador de qualidade das instituições^(2,6). Pretende-se assim a capacitação dos profissionais para uma tomada de decisão mais assertiva e crítica no momento de utilização do CVP^(2,6-7).

É possível encontrar evidência científica referente a feixes de intervenções associadas ao cateter venoso central, mas a informação e o conhecimento acerca do cateter venoso periférico é ainda muito limitado, sendo necessários mais estudos e mais investimento na área⁽³⁾.

Fatores de risco associados ao aumento das complicações do cateterismo venoso periférico

O processo de patogénese associado ao CVP está interligado a quatro fatores: através da migração da microbiota existente à superfície da pele do utente que acaba por sofrer arrastamento aquando da inserção do cateter, colonizando o mesmo^(2,5); contaminação do lúmen do CVP quando haja contacto direto com as mãos de quem manuseia, fluidos ou outros dispositivos previamente contaminados^(2,5); colonização do CVP através da corrente sanguínea, já previamente contaminada por outro foco infeccioso⁽²⁾; através da infusão de fluidoterapia anteriormente contaminada, o que vai levar a uma infeção sistémica⁽²⁾.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Segundo a evidência, concluiu-se que o CVP atua como um fator de risco extrínseco importante para as infecções nosocomiais, aumentando para 11,7% a prevalência das mesmas, sendo que na ausência do cateter era apenas de 8,3%⁽²⁾.

Existem fatores de risco intrínsecos ao utente nomeadamente, o género da pessoa^(5,7), idade aumentada^(2,5), índice de massa corporal⁽⁵⁾, severidade da patologia e comorbilidades associadas⁽⁵⁾, estado nutricional⁽⁵⁾ e portadores de Diabetes Mellitus (a patologia lesa o endotélio dos vasos, elevando os riscos associados)⁽²⁾.

Uma das principais causas de flebite descritas na literatura está intimamente relacionada com as irritações químicas causadas pela terapêutica administrada, nomeadamente os antibióticos^(2,5,7), dos quais se destaca a Vancomicina⁽²⁾. Soluções com pH de extremos ou grandes concentrações também estão associadas⁽⁵⁾.

A punção repetida, frequente e uma fraca capacidade para a técnica pode aumentar o dano no vaso, potenciando uma maior dificuldade na inserção vascular. Os danos mecânicos associados à punção também podem resultar em flebite, sendo um fator relevante ao qual se deve dar importância⁽⁴⁻⁵⁾. Além destes fatores, o dano venoso pode ser causado pelo material, comprimento e *gauge* do CVP^(2,5). Dados evidenciam aumento da taxa de flebite em utentes com cateteres de calibre 16 ou calibre 18, existindo evidências que demonstram que cateteres menores ocupam menos espaço, o que leva a um aumento a nível local do fluxo sanguíneo, evitando danos na camada interior da veia (logo, a probabilidade de flebite diminui consideravelmente)⁽⁵⁾. Cateterismos prolongados no tempo poderão ser um fator negativo igualmente^(2,5-7).

Aumentar a quantidade de cateteres em uso na pessoa, pode influenciar a hipótese de desenvolver flebites, evidenciando-se num aumento de 1,37 vezes mais probabilidades⁽⁶⁻⁷⁾.

Alguns investigadores relatam que pode haver influência nas complicações do CVP, consoante o local onde é puncionada a pessoa, no entanto ainda não há dados que levem a um consenso. As dúvidas variam entre cateterizar o vaso a nível da fossa antecubital, nos diversos locais dos antebraços e dorso das mãos^(5,7). Apesar de o dorso da mão ser o local de eleição para a técnica, um dos artigos evidencia o aumento da prevalência de flebite neste local por apresentar vasos com menos calibre, mais sinuosos e com menor capacidade de hemodiluição, ocasionando uma maior irritação^(2,5).

De extrema importância, no caso de acessos venosos periféricos colocados em situações de emergência, há dados que evidenciam um aumento de complicações associadas ao momento^(3,7).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Apesar de ser importante reconhecer os fatores de risco associados ao CVP, alguns dos artigos estudados abordam a necessidade da utilização de uma escala de classificação da flebite^(2-3,5,7), nomeadamente a *Phlebite Scale* versão portuguesa⁽²⁾, no sentido de se aliar o conhecimento dos riscos com a prevenção dessas situações.

Melhoria da qualidade nas intervenções associadas ao cateterismo venoso periférico: estratégias e tomada de decisão

Para uma prestação de cuidados de qualidade ao CVP, as evidências salientam a seleção do tipo de cateter, a seleção do local de inserção, o uso de técnica assética, uma limpeza e desinfeção cutânea rigorosa antes da inserção, a manutenção do cateter e do local, a implementação de uma estratégia de substituição em caso de necessidade e profilaxia anti-biótica^(2-3,5,7).

Preconiza-se a monitorização frequente e diária de sinais inflamatórios no local de inserção do CVP, nomeadamente sensibilidade e dor, vigiando e palpando através dos pensos oclusivos ou visualizando caso o penso seja película transparente semipermeável⁽²⁻³⁾. A integridade do penso também deve ser verificada⁽³⁾.

Recomenda-se a higienização com água e sabão e desinfeção com solução alcoólica das mãos, antes e depois de se palpar o local do cateterismo, aquando o procedimento e manutenção do mesmo⁽²⁻³⁾. O antisséptico recomendado para a desinfeção da pele do utente é o álcool a 70^o⁽²⁾, tintura de iodo⁽²⁾ e gluconato de clorohexidina a 2% (sendo este último o produto preferencial)⁽²⁻³⁾. Segundo a *Infusion Diseases Society of America*, a pele deverá estar previamente limpa antes do uso do antisséptico e deve-se sempre respeitar o tempo necessário para o contacto e secagem⁽²⁾.

Relativamente aos calibres, define-se o 18 gauge como o eleito para as necessidades terapêuticas, tendo em conta o calibre moderado⁽²⁾. No entanto, não há unanimidade na decisão, sendo que noutra estudo é recomendado a escolha do calibre 20-22 gauge⁽³⁾.

O local de inserção do CVP nos adultos é preferível a nível dos membros superiores, comparativamente aos membros inferiores, pois esta última aumenta a ocorrência de lesão tecidual, tromboflebite e úlceras⁽⁵⁾. Dados mostram que a inserção do CVP na fossa antecubital ou no antebraço levou a uma ocorrência de flebite 40% menor do que a punção no dorso da mão. A razão justificativa para estes dados prende-se com a diminuição do desenvolvimento de flebites ser menos provável em vasos sanguíneos maiores⁽⁵⁾.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Quanto à mudança do CVP, as opiniões não são unânimes. A *Infusion Diseases Society of America* optou por retirar a indicação de que se deve trocar o CVP num intervalo específico de tempo, salientando que deve haver troca do material apenas no caso de haver presença de sinais clínicos de flebite ou quando houver necessidade de se administrar alimentação via parentérica^(2,4,6-7). Outro estudo refere que deve haver uma política de mudança de 72h em 72h⁽³⁾ e outros vão mais longe e estabelecem um período temporal entre as 72h a 96h nos adultos^(4-5,7). É de salientar que as evidências sublinham a necessidade de ponderação na escolha do momento para repunsonar, pois é um momento que causa desconforto, dor e ansiedade ao utente^(3-4,7), além de aumentar os custos associados⁽⁴⁾.

Está indicada a retirada do CVP após se observarem os primeiros sinais de flebite ou quando há prescrição para a suspensão da terapêutica endovenosa^(2,4-6). A punção venosa, em contexto de serviço de urgência, não deve ir além das 48h de cateterização, sendo que após esse tempo se deve proceder à troca do cateter⁽³⁾. Estas medidas vão ajudar a diminuir a taxa de infeção associada ao CVP⁽²⁾.

O penso mais frequentemente utilizado e com mais benefícios é a película transparente, sendo que a transparência é a sua maior vantagem, permitindo visualizar o local de inserção da punção^(2-3,6). A única desvantagem prende-se com os elevados custos associados⁽²⁾.

O uso de tampas com álcool impregnado e a minimização da manipulação dos sistemas de soro são também aconselhados na diminuição da contaminação do CVP⁽³⁾.

Recomenda-se o uso e aplicação da *Phlebitis Scale* para prevenção e reconhecimento precoce dos primeiros sinais de flebite⁽²⁻³⁾. A documentação e o registo das técnicas e manipulações associadas ao CVP são bons preditores para a otimização do mesmo^(3,6-7).

Para se conseguir uma maior aplicação, adesão e boas práticas associadas ao cateterismo venoso periférico, a evidência aponta para a necessidade de políticas de ensino, *empowerment* e facilidade face aos materiais a usar e guidelines a seguir. A realização de formações, desenvolvimento de trabalhos e posters a nível institucional poderá ser útil para otimizar o papel do enfermeiro nesta área⁽³⁾.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

CONCLUSÃO

Após leitura integral de toda a evidência pesquisada e reflexão sobre o tema, é facilmente identificável as lacunas existentes e a necessidade premente de se continuar a pesquisar, estudar e analisar a necessidade do desenvolvimento de feixes de intervenções e *guidelines* associadas ao cateterismo venoso periférico. As publicações existentes ainda não conseguem suprimir as necessidades dos profissionais, não conseguindo alcançar indicadores ótimos no controlo de infeção e na diminuição das complicações associadas à técnica.

O enfermeiro possui um papel fundamental na prevenção, identificação precoce, classificação e resolução de todos os problemas que possam surgir do CVP. É em função disso que deve dinamizar o seu conhecimento, trabalhar com vista à melhoria contínua dos cuidados e tentar alcançar os melhores indicadores de qualidade possíveis.

Esta revisão permite assim reunir todos os conhecimentos, com base nas mais recentes evidências científicas, para que se possa promover intervenções associadas ao cateterismo venoso periférico mais diferenciadas e de maior qualidade por parte dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018 [citada em 20 jun 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
2. Nobre ASP, Martins MDS. Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. Rev Enf Ref [Internet]. 2018 – jan/fev/mar [citada em 20 jun 2019]; 16(IV): 127-138. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000100013&lng=pt&nrm=iso
3. Ray-Barruel G, Xu H, Marsh N, Cooke M, Rickard C. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review. Inf, Dis & Hea [Internet]. 2019 – abr [citada em 20 jun 2019]; 19:1-17. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.idh.2019.03.001>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

4. Xu L, Hu Y, Fu J. Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters in adults: A nonblinded, cluster randomized trial in China. *Int Journ Nurs Pract* [Internet]. 2017 - dez [citada em 20 jun 2019]; 6(23):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990241>
5. Chang W, Peng, Y. Occurrence of Phlebitis: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Res* [Internet]. 2018 - mai/jun [citada em 20 jun 2019]; 3(67):252-262. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000279>
6. Braga LM, Parreira PM, Oliveira ASS, Mónico LSM, Arreguy-Sena C, Henriques MA. Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao cateter venoso periférico. *Rev Lat-Amer Enf* [Internet]. 2018 - mai [citada em 20 jun 2019]; (26):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100318&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
7. Urbanetto JS, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR, Muniz FOM, Silva RM, Schilling MCL. Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura. *Rev Gau de Enf* [Internet]. 2017 - jun [citada em 20 jun 2019]; 4(38):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400500&script=sci_arttext
8. Danski MTR, Oliveira GLR, Johann DA, Pedrolo E, Vayego SA. Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paul Enf* [Internet]. 2015 - mai [citada em 20 jun 2019]; 6(28):517-523. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600517&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a cateteres venosos periféricos. *Enf Clín* [Internet]. 2017 - mar/abr [citada em 20 jun 2019]; 2(27):1-8. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-incidencia-factores-riesgo-flebitis-asociadas-S1130862116300961>
10. Sousa LMM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Rev Inv Enf* [Internet]. 2018 - mai [citada em 20 jun 2019]; 23(2):31-39. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/links/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf?origin=publication_detail

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

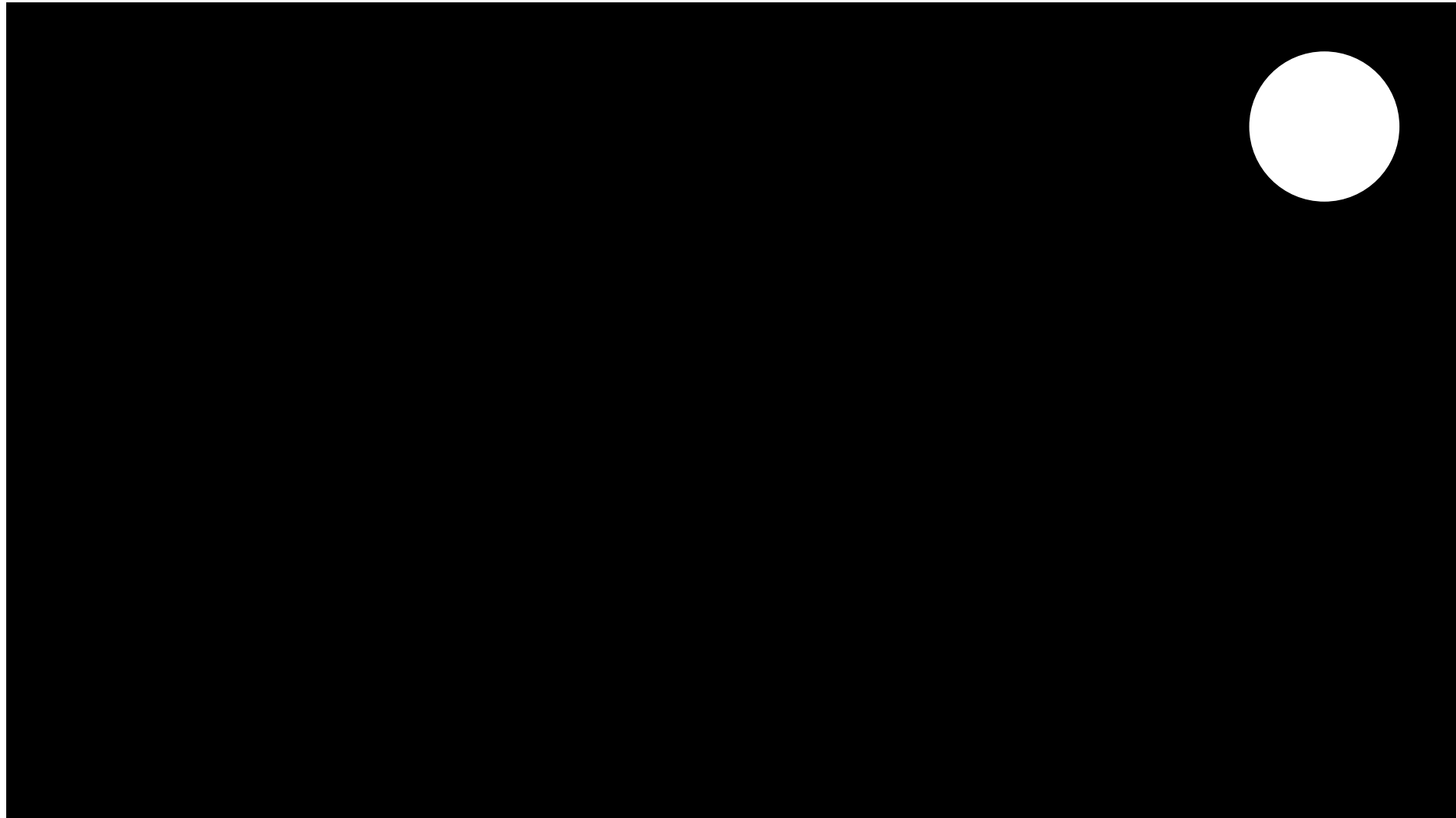
11. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. Rev Min Enf [Internet]. 2014 - jan/mar [citada em 20 jun 2019]; 1(18):1-11. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/904>

12. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence. Joanna Briggs Institute [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2013 [citada em 20 jun 2019]. Disponível em: https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=/28706180/37552895/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf

13. The Joanna Briggs Institute. JBI Grades of Recommendation. Joanna Briggs Institute [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2013 [citada em 20 jun 2019]. Disponível em: https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=/28706180/37552896/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf

Correspondência: barbarasemog@gmail.com

Apêndice XII – Formação em serviço ‘Cuidados de Enfermagem Associados ao Cateterismo Venoso Periférico – Revisão Integrativa da Literatura’



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I

Cuidados de Enfermagem Associados ao Cateterismo Venoso Periférico – Revisão Integrativa da Literatura

Profº Dr. Adriano Pedro e Enfermeiro Orientador João Mendes

Discente: Bárbara Gomes, nº 16185

SUMÁRIO

- ▶ Objetivos
- ▶ Introdução
- ▶ Métodos
- ▶ Resultados
- ▶ Discussão
 - ▶ Fatores de risco associados ao aumento das complicações do cateterismo venoso periférico
 - ▶ Melhoria da qualidade nas intervenções associadas ao cateterismo venoso periférico: estratégias e tomada de decisão
- ▶ Conclusão
- ▶ Referências bibliográficas

OBJETIVOS

- Objetivo geral
 - Clarificar as intervenções de enfermagem associadas ao cateterismo venoso periférico.
- Objetivos específicos
 - Rever conceitos associados ao cateterismo venoso periférico;
 - Identificar fatores de risco associados ao aumento das complicações do cateterismo venoso periférico;
 - Reconhecer intervenções e estratégias de prevenção de complicações do cateterismo venoso periférico.

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



INTRODUÇÃO

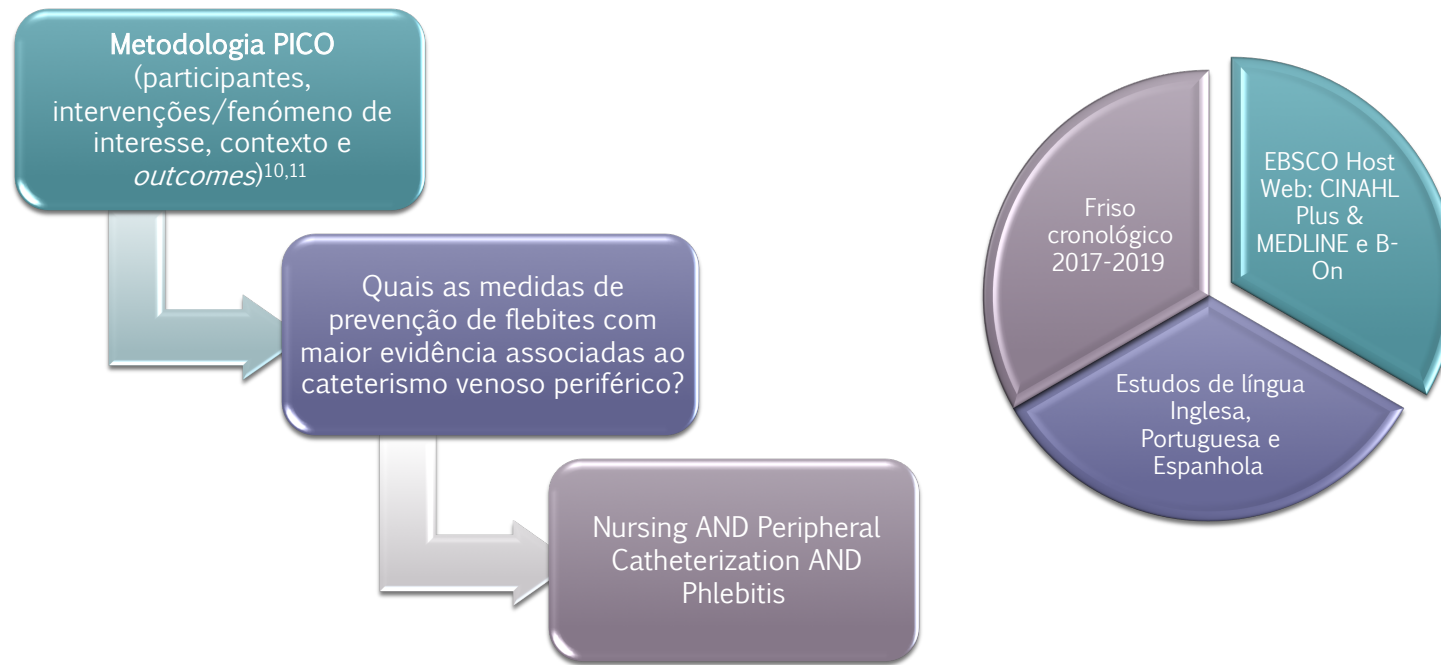
- As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o conseqüente aumento da resistência dos microrganismos, devido ao recurso sistemático dos antimicrobianos, são problemas que se correlacionam e têm um crescente aumento a nível mundial¹;
- A ignorância deste problema só levará a um aumento da morbidade e mortalidade, dos tempos de internamento dos custos associados aos cuidados de saúde¹;
- Uma das técnicas mais executada pelos profissionais de enfermagem na atualidade é a canalização de uma veia periférica, com recurso a um cateter venoso periférico (CVP)^{3,4,6,8};
- Com o uso do CVP, evidencia-se um aumento da incidência de complicações locais e sistémicas^{3,4,6,8}.

MÉTODOS

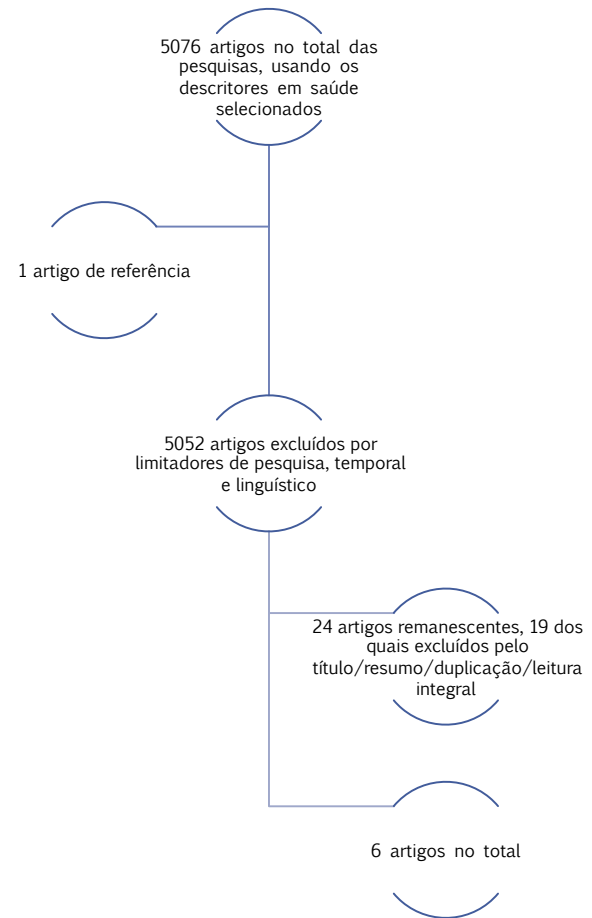
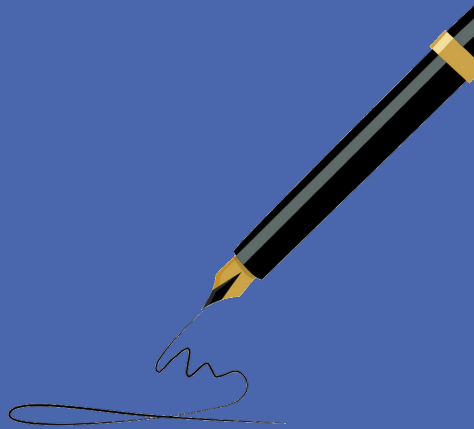


A prática baseada na evidência (PBE) é uma abordagem eficaz para a procura de resposta a questões que se evidenciam na prática clínica dos profissionais de saúde. Pressupõe o uso da melhor evidência disponível, de forma conscienciosa e com o objetivo principal de tentar melhorar a prestação de cuidados, combinando o saber teórico com a experiência clínica, as preferências e valores do utente^{10,11}.

MÉTODOS

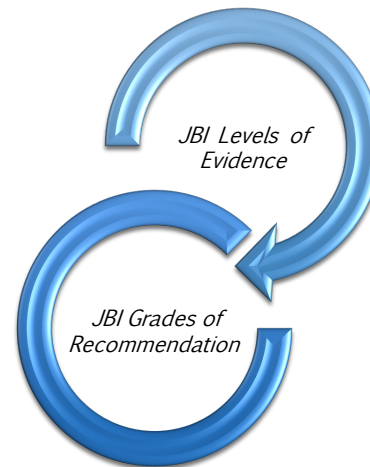


MÉTODOS



RESULTADOS

- Seleção de seis artigos, os quais foram aplicados dois instrumentos do Joanna Brigs Institute (JBI) para testar a credibilidade dos mesmos;

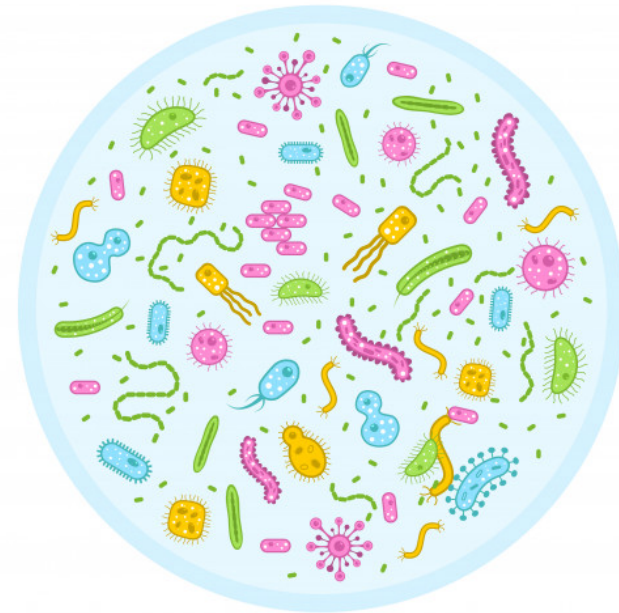
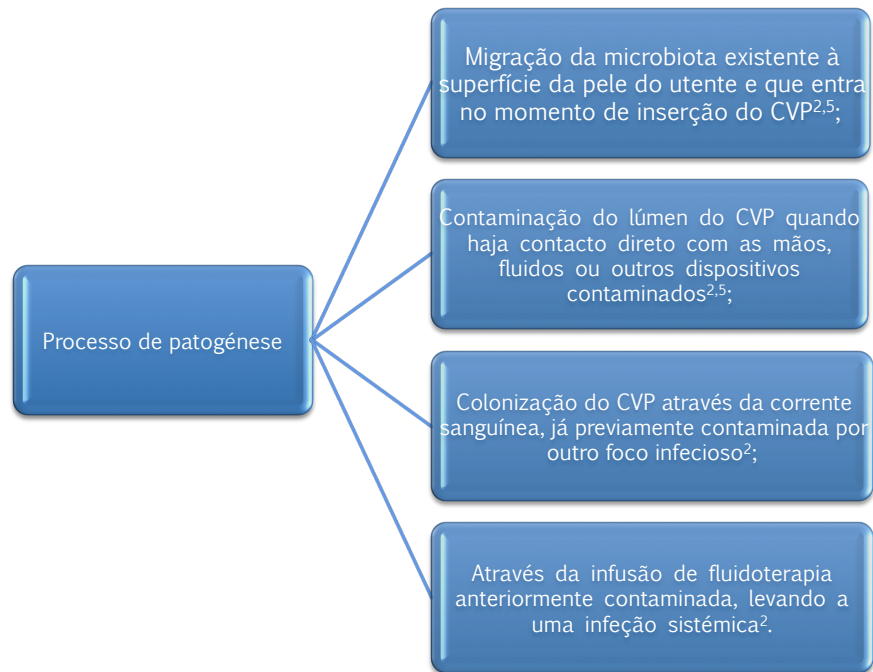


DISCUSSÃO

O estudo e a necessidade de compreensão de dinâmicas como o aparecimento de complicações associadas ao CVP, em doentes em contexto hospitalar, torna-se uma prioridade na prática clínica, sendo considerado um instrumento valioso para a organização da instituição e posteriormente, indicador de qualidade da mesma ^{2,6}. Pretende-se assim a capacitação dos profissionais para uma tomada de decisão mais assertiva e crítica no momento de utilização do CVP ^{2,6,7}.

DISCUSSÃO

* FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO AUMENTO DAS COMPLICAÇÕES DO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO



DISCUSSÃO

* FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO AUMENTO DAS COMPLICAÇÕES DO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

- CVP atua como um fator de risco extrínseco importante para as infeções nosocomiais, aumentando para 11,7% a prevalência das mesmas, sendo que na ausência do cateter era apenas de 8,3%²;
- Fatores de risco intrínsecos ao utente: género^{5,7}, idade^{2,5}, índice de massa corporal⁵, estado nutricional⁵, severidade da patologia e comorbilidades associadas⁵ e utentes portadores de Diabetes Mellitus²;
- Fator de risco químico: irritações causadas pela terapêutica administrada, nomeadamente os antibióticos^{2,5,7};
- A punção repetida, frequente e uma fraca capacidade^{4,5}!

DISCUSSÃO

* FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO AUMENTO DAS COMPLICAÇÕES DO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Material,
comprimento e
calibre do CVP ^{2,5}

Local de punção:
fossa antecubital,
antebraço ou dorso
da mão? ^{2,5,7}

Cateterismo
prolongado no
tempo^{2,5,6,7}

Maior número de
cateteres por pessoa,
aumento de 1,37
vezes mais
probabilidades de
desenvolver
flebitis^{6,7}

De extrema importância: no caso de acessos venosos periféricos colocados em situações de emergência, dados científicos evidenciam um aumento de complicações associadas ao momento^{3,7}.

Phlebitis
scale



DISCUSSÃO

* MELHORIA DA QUALIDADE NAS INTERVENÇÕES ASSOCIADAS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO: ESTRATÉGIAS E TOMADA DE DECISÃO

- Monitorização frequente e diária de sinais inflamatórios no local de inserção do CVP^{2,3}, incluindo a integridade do penso de fixação³;
- Higienização com água e sabão e desinfeção com solução alcoólica das mãos do profissional^{2,3};
- Antisséptico recomendado para a desinfeção da pele: álcool a 70^o2, tintura de iodo² e gluconato de clorhexidina a 2% ^{2,3};
- Calibre do CVP: divergência entre o 18, 20 e 22 *gauge!* ^{2,3}
- Local de inserção nos adultos: preferencialmente nos membros superiores. Dados mostram que a inserção do CVP na fossa antecubital ou no antebraço levou a uma ocorrência de flebite 40% menor do que a punção no dorso da mão⁵.

DISCUSSÃO

* MELHORIA DA QUALIDADE NAS INTERVENÇÕES ASSOCIADAS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO: ESTRATÉGIAS E TOMADA DE DECISÃO

Mudança do CVP^{2,3,4,6,7}:
até 72h ou entre 72h a
96h? Repunsonar
apenas na presença de
sinais inflamatórios?

Políticas de ensino,
empowerment e
facilidade face aos
materiais a usar e
guidelines a seguir³.

Está indicada a
retirada do CVP após
se observarem os
primeiros sinais de
flebite, ou na
indicação de
suspensão da
terapêutica
endovenosa e
aquando a punções
venosas no SU (até
48h para se
repunsonar³)^{2,4,5,6}.

Película transparente:
permite visualizar o
local de inserção *vs.*
custos
associados^{2,3,6}.

Aplicação da
Phlebitis Scale para
prevenção^{2,3}.

Documentação e o registo das
técnicas e manipulações associadas
ao CVP^{3,6,7}.

CONCLUSÃO

- As publicações existentes ainda não conseguem suprimir as necessidades dos profissionais, não conseguindo alcançar indicadores ótimos no controlo de infeção e na diminuição das complicações associadas à técnica;
- Existem estudos que salientam alterações nas taxas de incidência de infeções da corrente sanguínea, após a implementação de feixes de intervenções associados ao CVP, na ordem dos 19% a 81%.³ Estes dados apoiam a necessidade de dar continuidade a este tipo de intervenções e pesquisas;
- O enfermeiro possui um papel fulcral na prevenção, identificação precoce, classificação e resolução de todos os problemas que possam surgir do CVP. É em função disso que deve dinamizar o seu conhecimento, trabalhar numa melhoria contínua dos seus cuidados e tentar alcançar os melhores indicadores de qualidade possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. Infecções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário. [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
2. Nobre ASP, Martins MDS. Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. Rev Enf Ref [Internet]. 2018 – jan/fev/mar [citado em 20 Jun 2019]; 16(IV):127-138. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000100013&lng=pt&nrm=iso
3. Ray-Barruel G, Xu H, Marsh N, Cooke M, Rickard C. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review. Inf, Dis & Hea [Internet]. 2019 – abr [citado em 20 Jun 2019]; 19:1-17. Disponível em <http://doi.org/10.1016/j.idh.2019.03.001>
4. Xu L, Hu Y, Fu J. Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters in adults: A nonblinded, cluster randomized trial in China. Int Journ Nurs Pract [Internet]. 2017 – dez [citado em 20 Jun 2019]; 6(23):1-8. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990241>
5. Chang W, Peng, Y. Occurrence of Phlebitis: A systematic review and meta-analysis. Nurs Res [Internet]. 2018 – mai/jun [citado em 20 Jun 2019]; 3(67):252-262. Disponível em <http://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000279>
6. Braga LM, Parreira PM, Oliveira ASS, Mónico LSM, Arreguy-Sena C, Henriques MA. Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao cateter venoso periférico. Rev Lat-Amer Enf [Internet]. 2018 – mai [citado em 20 Jun 2019]; (26):1-8. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100318&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
7. Urbanetto JS, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR, Muniz FOM, Silva RM, Schilling MCL. Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura. Rev Gau de Enf [Internet]. 2017 – jun [citado em 20 Jun 2019]; 4(38):1-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400500&script=sci_arttext

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Danksi MTR, Oliveira GLR, Johann DA, Pedrolo E, Vayego SA. Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paul Enf* [Internet]. 2015 – mai [citado em 20 Jun 2019]; 6(28):517-523. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600517&script=sci_abstract&lng=pt
9. Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a cateteres venosos periféricos. *Enf Clín* [Internet]. 2017 – mar/abr [citado em 20 Jun 2019]; 2(27):1-8. Disponível em <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-incidencia-factores-riesgo-flebitis-asociadas-S1130862116300961>
10. Sousa LMM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDENCIA. *Rev Inv Enf* [Internet]. 2018 – mai [citado em 20 Jun 2019]; 23(2):31-39. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/link/s/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf?origin=publication_detail
11. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Rev Min Enf* [Internet]. 2014 – jan/mar [citado em 20 Jun 2019]; 1(18):1-11. Disponível em <http://reme.org.br/artigo/detalhes/904>
12. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence. Joanna Briggs Institute [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2013 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=/28706180/37552895/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
13. The Joanna Briggs Institute. JBI Grades of Recommendation. Joanna Briggs Institute [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2013 [citado em 20 Jun 2019]. Disponível em https://wiki.joannabriggs.org/display/JSW/Resources?preview=/28706180/37552896/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf

QUESTÕES?



ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



V JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA

RESSUSCITAÇÃO

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

BÁRBARA MACHADO GOMES

esteve presente nas **V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2019

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas